XXII. Band 1936 Heft 1

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung

Herausgegeben von

Sigm. Freud

Unter Mitwirkung von

Felix Boehm, Berlin
G. Bose, Kalkutta
A. A. Brill, New York
Lucile Dooley, Washington
M. Eitingon, Jerusalem
J. E. G. van Emden, Haag
S. Hollós, Budapest
Ernest Jones, London
J. W. Kannabich, Moskau
Kiyoyasu Marui, Sendai
Karl Menninger, Topeka
S. J. R. de Monchy, Rotterdam
M. W. Peck, Boston
Edouard Pichon, Paris
Philipp Sarasin, Basel
Harald Schjelderup, Oslo
Alfhild Tamm, Stockholm
Y. K. Yabe, Tokio

redigiert von

Edward Bibring, Wien
Heinz Hartmann, Wien
Sandor Rado, New York

H. Nunberg ..... Homosexualität, Magie und Aggression

S. M. Payne ..... Zur Auffassung der Weiblichkeit

Richard Sterba .... Das psychische Trauma und die Handhabung der Übertragung. ⟨Die letzten Arbeiten von S. Ferenczi zur psychoanalytischen Technik⟩

Alice Bálint ..... Handhabung der Übertragung auf Grund der Ferenczischen Versuche

Therese Benedek... Die überwertige Idee und ihre Beziehung zur Suchtkrankheit

Endre Almásy ..... Zur Psychoanalyse amentia-ähnlicher Fälle

Referate

1) Die in der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse" veröffentlichten Beiträge werden mit Mark 25.— per sechzehnseitigen Druckbogen honoriert.

2) Die Autoren von Originalbeiträgen sowie von Mitteilungen im Umfange über zwei Druckseiten erhalten nach Wahl zwei Freiexemplare des betreffenden Heftes.

3) Die Kosten der Übersetzung von Beiträgen, die die Autoren nicht in deutscher Sprache zur Verfügung stellen, werden vom Verlag getragen; die Autoren solcher Beiträge erhalten kein Honorar.

4) Die Manuskripte sollen gut leserlich sein, möglichst in Schreibmaschinenschrift (einseitig und nicht eng geschrieben). Es ist erwünscht, daß die Autoren eine Kopie ihres Manuskriptes behalten. Zeichnungen und Tabellen sollen auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt sein. Die Zeichnungen sollen tadellos ausgeführt sein, damit die Vorlage selbst reproduziert werden kann.

5) Mehrkosten, die durch Autorkorrekturen, das heißt durch Textänderungen, Einschaltungen, Streichungen, Umstellungen während der Druckkorrektur verursacht werden, werden vom Autorenhonorar in Abzug gebracht.

6) Separata werden nur auf ausdrücklichen Wunsch und auf Kosten des Autors angefertigt. Die Kosten (einschließlich Porto der Zusendung der Separata) betragen für Beiträge

	bis	8	Seiten	für	25	Exemplare	Mark	15.—,	für	50	Exemplare	Mark	20.—
von	9	„ 16	„	„	25	„	„	20.—,	„	50	„	„	25.—
„	17	„ 24	„	„	25	„	„	30.—,	„	50	„	„	40.—
„	25	„ 32	„	„	25	„	„	35.—,	„	50	„	„	45.—

Mehr als 50 Separata werden nur nach besonderer Vereinbarung mit dem Verlag angefertigt.

Wir machen hiemit unsere Autoren auf folgendes aufmerksam:

Nach den gesetzlichen Bestimmungen kann bis zum Ablauf von zwei dem Erscheinungsjahr einer Arbeit folgenden Kalenderjahren über Verlagsrechte (Wiederabdruck und Übersetzungen) nur mit Genehmigung des Verlages verfügt werden. Auf Grund eines generellen Übereinkommens, das wir mit dem „International Journal of Psychoanalysis" getroffen haben, steht es jedoch jedem Autor frei, ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages der letztgenannten Zeitschrift das Recht der Übersetzung und des Wiederabdrucks einzuräumen.

Die Genehmigung einer Wiederveröffentlichung oder Übersetzung in einem anderen Organ muß, um Berücksichtigung finden zu können, zugleich mit Übersendung des Manuskriptes verlangt werden.

Die Redaktion

Redaktionelle Mitteilungen und Sendungen aus allen Ländern mit Ausnahme der U. S. A. bitten wir zu richten an Dr. Edward Bibring und Dr. Heinz Hartmann, p. A. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, I., Börsegasse 11.

Redaktionelle Mitteilungen und Sendungen aus den U. S. A. an Dr. Sandor Rado, 324 West, 86th Street, New York City.

Bestellungen und geschäftliche Zuschriften aller Art an

Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien I, Börsegasse 11.

INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOANALYSE

XXII. BAND

1936

INTERNATIONAL
PSYCHOANALYTIC
UNIVERSITY

DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Offizielles Organ der
Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung

Herausgegeben von

Sigm. Freud

Unter Mitwirkung von

Felix Boehm Berlin	G. Bose Kalkutta	A. A. Brill New York	Lucile Dooley Washington	M. Eitingon Jerusalem
J. E. G. van Emden Haag	S. Hollós Budapest	Ernest Jones London	J. W. Kannabich Moskau	Kiyoyasu Marui Sendai
Karl Menninger Topeka	S. J. R. de Monchy Rotterdam		M. W. Peck Boston	Edouard Pichon Paris
Philipp Sarasin Basel	Harald Schjelderup Oslo		Alfhild Tamm Stockholm	Y. K. Yabe Tokio

redigiert von

Edward Bibring Wien	Heinz Hartmann Wien	Sandor Rado New York

XXII. Band
1936

Internationaler Psychoanalytischer Verlag
Wien

ALLE RECHTE VORBEHALTEN

MANZSCHE BUCHDRUCKEREI, WIEN IX.

Internationale Zeitschrift
für Psychoanalyse
Herausgegeben von Sigm. Freud

XXII. Band 1936 Heft 1

Homosexualität, Magie und Aggression[1]

Von
H. Nunberg
New York

M. D. u. H.! Ich beabsichtige nicht, das ganze Problem der Homosexualität hier aufzurollen. Wie Sie wissen, ist dieses Problem sehr kompliziert; Freud selbst sagt, daß die Psychoanalyse nicht dazu berufen ist, es zu lösen, da die Homosexualität im Grunde organischer Natur sei. Damit wollte er aber nicht sagen, daß die Psychoanalyse nichts zur Aufklärung der Psychologie der Homosexuellen beizutragen habe. Im Gegenteil, das Wesentliche, was wir über die Dynamik des Triebablaufes bei den Homosexuellen wissen, stammt von der Psychoanalyse.

So haben wir von Freud gelernt, daß die Faktoren, die zur männlichen Homosexualität führen, sehr zahlreich sind. Ich will nur die bestbekannten anführen, wie Mutterbindung, Identifizierung mit der Mutter, Neigung zu narzißtischer Objektwahl — dazu gehört auch die Hochschätzung des männlichen Genitales —, ferner Angst vor dem Vater, also Kastrationsangst. Zuletzt und vielleicht zutiefst wird die Homosexualität durch passiv-anale Einstellung zum Liebesobjekt begünstigt.

Aus der Vielzahl der verursachenden Faktoren allein folgt schon theoretisch die Erwartung, daß es mehrere Typen von Homosexuellen geben muß, und die Erfahrung bestätigt auch diese Erwartung. Ein Typus flüchtet aus Inzestscheu vom Weib zum Manne, ein anderer Typus identifiziert sich mit der Mutter und sucht im Knaben seinesgleichen (er liebt den Knaben, wie ihn die Mutter einst geliebt hatte). Dieser Typus zerfällt nach Ferenczi in zwei Untertypen: a) die Männlichkeit wird beibehalten (Objekt-Homoerotik); b) die Männlichkeit wird aufgegeben (Subjekt-Homoerotik). Freud hat noch einen anderen Typus beschrieben, der durch Einschränkung der Aggression gegen die Brüder oder den Vater entsteht.

1) Vortrag, gehalten in der New-Yorker Psychoanalytischen Vereinigung am 26. März 1935.

Natürlich sind mit dieser Aufzählung nicht alle Typen erfaßt, um so mehr als alle bisher bekannten Typen nur äußerst selten in reiner Form auftreten. Die ersten beiden Typen fliehen vor der Liebe zum Weibe, der dritte vor der Aggression gegen den Mann. Ich glaube, daß es noch einen vierten gibt, wo die Aggression nicht abgewehrt ist, sondern einen integrierenden Bestandteil der homosexuellen Liebe ausmacht. Von diesem Typus soll im folgenden die Rede sein.

Rein Homosexuelle kommen nur selten in Behandlung. Viel öfter sehen wir die manifest Bisexuellen, die meist nicht wegen ihrer Homosexualität zur Analyse kommen, sondern aus irgend einem anderen Grund. Während der Behandlung stellt sich aber bald heraus, daß ihr Hauptkonflikt durch den Kampf mit ihrer Homosexualität bedingt ist. Freud sagt, daß das Liebesobjekt des Homosexuellen ein Kompromiß sei, eine Verdichtung von Mann und Weib, und eine Projektion der eigenen Bisexualität darstelle.

Ich glaube, daß auch das Ziel des Homosexuellen ein Kompromiß darstellt, und zwar ein Kompromiß zwischen aggressiven und libidinösen Regungen. Ich möchte meine diesbezüglichen Erfahrungen, die ich an mehreren Fällen sammeln konnte, mitteilen. Ich kann natürlich in einem Vortrag nicht über alle diese Fälle berichten, ich greife hier nur einen Ausschnitt aus der Analyse eines Falles als Beispiel heraus und bespreche ihn ausführlich. Wie bereits erwähnt, sind die reinen Typen sehr selten. Auch in diesem Fall finden wir die Merkmale verschiedener Typen gemengt. Ich konzentriere mich aber in meiner Darstellung nur auf die verkappte Aggression und lasse die anderen Momente, soweit es geht, zurücktreten.

Es handelt sich um einen jungen Mann von etwa 30 Jahren. Auch dieser Patient kam nicht wegen seiner Homosexualität in Behandlung, sondern wegen eines anderen Leidens. Bald aber wurde seine Homosexualität zum Hauptgegenstand der Analyse. In typischer Weise traten seine homosexuellen Neigungen zum erstenmal in der Pubertät auf, als er in ein Knabenpensionat geschickt wurde. Zunächst begnügte er sich mit Masturbation unter Zuhilfenahme homosexueller Phantasien, später aber wurde er gegenüber Knaben seines Alters aktiv. Unter schweren inneren Kämpfen setzte er seine homosexuellen Beziehungen fort, bis er, ungefähr 22 Jahre alt, zum erstenmal eine heterosexuelle Beziehung einging. Charakteristischerweise wählte er ein Mädchen, das, ebenso wie eine seiner Schwestern, ein wenig hinkte. Dieser ähnelte sie außerdem in ihrer gesamten Erscheinung so sehr, daß seine Freunde ihn darauf aufmerksam machten. Sein bewußtes Motiv, eine heterosexuelle Beziehung einzugehen, war der Wunsch, sich gegen seine Homosexualität zu schützen; er konnte aber die Beziehung mit diesem Mädchen nicht lange ertragen, da ihre Leidenschaftlichkeit ihn beängstigte. Einerseits fürchtete er, sie werde ihn körperlich zugrunde richten, anderseits, er könne sie nicht befriedigen, die Kraft seiner Arme z. B. reiche nicht aus, um sie zu umschlingen,

sein Genitale sei zu minderwertig usw. Schließlich fürchtete er sich davor, daß ihr Vater ihn durchprügeln würde, wenn er von dem Verhältnis erführe. So wendete er sich plötzlich einem anderen Mädchen zu, das viel älter war als er und ihm den Eindruck machte, nicht leidenschaftlich, dafür aber mütterlich zu sein. Von ihr erwartete er nicht nur, sondern verlangte geradezu Schutz und Hilfe in jeder Lebenslage. Wie stark seine Mutterbindung war, wird jeder Analytiker ohne weiteres daraus schließen können.

Trotz den heterosexuellen Beziehungen ließ ihn seine Homosexualität nicht in Ruhe. Bald knüpfte er Beziehungen mit Männern an, bald masturbierte er mit homosexuellen Phantasien, oder er suchte die Gesellschaft von Männern auf und trachtete, in unauffälliger Weise mit ihnen in körperliche Berührung zu kommen. Zuletzt verließ er das Weib und lebte nur mit Männern, sehnte sich aber dabei wieder nach dem Weibe.

Welche Art von Männern war es nun, die ihn anzog? Die klassische Form der Homosexualität würde erwarten lassen, daß er sich zu Knaben hingezogen fühlte. Dies war aber nicht der Fall. Nur in der Pubertät liebte er Knaben, und selbst da mußten sie eine Bedingung erfüllen, um ihm zu gefallen: Sie mußten schön und kräftig sein. Nach der Pubertät bevorzugte er ältere Männer, aber auch nur solche, die schön und kräftig waren. Er konnte nicht oft genug betonen, daß ihn am geliebten Mann der kräftige Brustkorb und die starken Arme unvergleichlich mehr erregten als die unteren Körperteile. Er beneidete diese Männer heftig, wollte so sein wie sie und war der Überzeugung, daß Frauen nur an solchen Männern Gefallen finden, und daß nur solche Männer alle Frauen, die sie begehren, besitzen können. Er selbst sei schwach, häßlich, minderwertig, keine Frau könne ihn lieben.

Wir sehen schon hier, daß der Kastrationskomplex eine wichtige Komponente seines Minderwertigkeitsgefühles bildete, an dem er bewußt außerordentlich litt. Zur Entwicklung seines Minderwertigkeitsgefühles hat unter anderem auch das Verhalten seiner Mutter wesentlich beigetragen. Er fühlte sich von ihr nicht genügend geliebt und war dadurch in seinem Selbstgefühl schwer beeinträchtigt. Fortwährend verletzte sie seinen Narzißmus. Sie hatte immer etwas an ihm auszusetzen, sie fand ihn unmännlich, beschimpfte ihn deswegen und verlangte, daß er sich ändere. Ihr Mißfallen hatte sie ihm von jeher ziemlich unverhohlen gezeigt, aber nach der Trennung von ihrem Mann, die in des Patienten siebentem Lebensjahr erfolgte, legte sie sich überhaupt keine Hemmungen mehr auf. Es macht den Eindruck, als hätte sie ihren Haß gegen den Mann auf den Sohn verschoben. Sie schimpfte über beide. Sie warf dem Sohne vor, daß er ebenso häßlich, klein, schwach und unmännlich sei wie sein Vater. Sie forderte von ihm, daß er schnell wachse und stark werde. Selbstverständlich litt er unter dem Verhalten seiner Mutter schwer. Sie war sein Ideal, er wollte ihre Liebe haben, fühlte sich aber ständig von ihr abgewiesen. Unablässig quälte ihn der Gedanke, daß sie niemals stolz

auf ihn sein werde, daß sie nur große Männer lieben könne und kleine verachte.

Die zweite Wurzel seines Minderwertigkeitsgefühles, seines verletzten Narzißmus, besteht also in einem Defizit an Mutterliebe. Berichte darüber, wie sehr sein Leben von frühester Kindheit an von dem Bemühen erfüllt war, ein großer und kräftiger Mann zu werden, ziehen sich wie ein roter Faden durch seine Lebensgeschichte. Er machte zahllose körperliche Übungen und verwendete die größte Sorgfalt auf seine Ernährung. Täglich stellte er sich an die Wand, dehnte seinen Körper, machte Striche an der Wand, maß die Entfernungen der Striche ab und kontrollierte auf diese Weise sein Wachstum; das setzte er jahrelang — etwa bis zu seinem zwanzigsten Lebensjahre — fort. Als er im Pensionat war, stand er sogar nachts auf, sobald die Kameraden eingeschlafen waren, und machte im Finstern komplizierte Turnübungen mit Schwergewichten. Oft lief er stundenlang durch die Felder, um sich abzuhärten und zu kräftigen. Er ließ seine Haare nicht scheren, um die Kraft nicht zu verlieren. Um die Lungen zu kräftigen, blähte er den Brustkorb stundenlang auf. Dies und ähnliche ans Absurde grenzende Veranstaltungen muten fast wie die magischen Maßnahmen der schizophrenen Hypochonder an.

Trotz all seiner Bemühungen, groß und kräftig zu werden, fühlte er sich weiter minderwertig, schwach und klein, unfähig zu einer männlichen Tat. Die erste Person, von der er Kastrationsdrohungen zu hören bekam, war natürlich die aggressive und schwer neurotische Mutter. Seine Erinnerung verlegt die früheste Drohung mit dem Verlust des Gliedes in das vierte Jahr. Träume deuten auf ein früheres Datum hin. Noch heute hat er das Gefühl, ein kleines Genitale zu besitzen, obwohl er es häufig mißt und sich überzeugt, daß es nicht kleiner ist als das anderer Männer. Seine Mutter hat ihn lange gezwungen, sitzend zu urinieren, er beneidete daher den Vater heftig, der stehend urinieren durfte. Soweit er sich zurückerinnern kann, war er immer bestrebt, das Genitale anderer zu sehen, um es mit dem seinen vergleichen zu können. Schon zu Ende der Latenzzeit nützte er jede Gelegenheit aus, um in eine öffentliche Bedürfnisanstalt zu gehen und die Männer beim Urinieren zu beobachten, und war verzweifelt, als er konstatieren mußte, daß sein Genitale kleiner sei als das der erwachsenen Männer.

In der Pubertät lenkte sich sein Interesse vom Genitale weg auf den Brustkorb des Mannes. Dieser Wechsel war durch folgende Umstände verursacht: Die Mutter fand ihn schlecht aussehend und ließ ihn ärztlich untersuchen. Der Arzt erklärte, daß er zwar gesund, aber flachbrüstig sei und ein schwaches Herz habe. Er sagte ihm auch auf den Kopf zu, daß er onaniere, und riet ihm, die Onanie aufzugeben. Daraufhin wandte der Patient sein Interesse seinem Brustkorb und Herzen zu. Er machte die erwähnten Brustkorb- und Atemübungen, von denen die Rede war, und hatte dabei das Gefühl, daß nicht

nur seine Lunge, sondern auch sein Herz wachse. Von nun an bewertete er Männer nicht, wie bis dahin, nach ihrem Genitale, sondern nach dem mehr oder minder kräftigen Bau des Brustkorbes, der Arme und, wie er sich vorstellte, auch ihres Herzens. Das Herz vertrat, wie er sich selbst ausdrückte, die Stelle des Genitales, es war in seiner Vorstellung ein Genitale. Von nun an kristallisierte sich sein infantiler Wunsch, groß und kräftig zu sein, in dem Begehren, große, kräftige Männer zu haben, sexuell zu besitzen.

Es scheint fast wie kontagiöse Magie, wenn er meint, durch einfache Berührung eines kräftigen Mannes, durch eine Umarmung, einen Kuß, dessen Kraft in sich aufzunehmen, selbst so kräftig zu werden wie der Mann, den er begehrte. Die Stelle in der Bibel, wo berichtet wird, wie die Kranken und Unreinen durch die Berührung des Gewandes Jesu geheilt, d. h. kräftig werden, machte auf ihn gewaltigen Eindruck. Oft durchlebte er diese Szene in seiner Phantasie und spielte dabei selbst die Rolle eines der Unreinen, die geheilt werden, nämlich von der Sünde und den Folgen der Onanie. In diesem Zusammenhange onanierte er häufig mit der Phantasie, einen jungen Priester, dessen Predigten er beizuwohnen pflegte, am Genitale zu berühren. Dieser Mann erschien ihm während des Predigens besonders rein, und deshalb glaubte er, durch Berührung mit ihm selbst rein zu werden. Immer wünschte er etwas von dem geliebten Manne geschenkt zu bekommen, etwas aus seinem Besitze zu haben. Er war überzeugt, durch Kontakt mit einem maskulinen Manne selbst männlich zu werden.

Sein Begehren, den Mann oder einen Teil von ihm in Besitz zu nehmen oder von ihm etwas geschenkt zu bekommen, geht weit in seine Kindheit zurück. Zunächst ist es durch die Beziehung seiner Eltern zueinander bedingt. Als sie sich voneinander getrennt hatten, kümmerte sich der Vater nach Angabe des Patienten nur wenig um die Familie und ließ sie Not leiden. Die Mutter redete dem Sohn unermüdlich ein, er sei deshalb so schwächlich, weil der Vater sich nicht um ihn kümmere und die Familie nicht mit dem Notwendigsten versorge. Immer wieder schickte sie ihn zum Vater, um Geld zu verlangen. So gewöhnte sich der Knabe daran, immer etwas vom Vater zu fordern, wurde aber von diesem meist abgewiesen. Ein kleines Beispiel: Er war etwa neun oder zehn Jahre alt, als er einmal seinen Vater, der sich weigerte, ihm einen neuen Hut zu kaufen, bis ins Kino verfolgte. Dort wurde er so zudringlich, daß der Vater auf der Flucht vor ihm das Kino durch eine Hintertür wieder verließ. Ähnliche Szenen spielten sich häufig ab.

Die Verfolgung des Vaters bedeutete aber nicht nur Aggression, sondern auch Liebe. Die Zeit vor der Trennung der Eltern erschien ihm in mancher Hinsicht als paradiesisch. Er erinnert sich mit Wonne an die Zeiten, da er auf dem Schoß des Vaters saß und von ihm geküßt wurde. Dieser Eindruck war so stark, daß sich die Szene noch während der Analyse in nur wenig

entstellter Form in Träumen wiederholte. Ein Ausspruch aus seiner Kinderzeit, den getan zu haben er sich zwar nicht selbst erinnert, der ihm aber vom Vater oft wiederholt wurde, soll gelautet haben: „Ich möchte mit einer Schnur an dich gebunden sein, so daß wir immer zusammen sein könnten." Die Ereignisse vor seinem siebenten Lebensjahr lassen sich ziemlich gut zeitlich einordnen, da die Eltern fast jedes Jahr den Wohnort wechselten. So erinnert er sich, daß er zu dieser Zeit, die ihm, wie gesagt, paradiesisch schien, den Vater sehr bewunderte und so sein wollte wie er. Er wollte stehend in das Klosett urinieren wie der Vater, streckte sich auf den Zehen, um das zu können, und war verzweifelt, daß es ihm nicht gelang, es ihm nachzumachen. Etwa fünfjährig, machte er einmal mit dem Vater einen längeren Spaziergang durch die Felder. Der Vater urinierte unterwegs; der Knabe war von der Größe des Gliedes und der Menge des Urins so fasziniert, daß er mit dem Vater wetteifernd gleich selbst urinierte. Als er nach Hause kam, prahlte er der Mutter vor, daß er eine solche Menge Urins abgeschlagen hätte, wie es ihm bisher noch nie gelungen wäre. Die normale Rivalität mit dem Vater um die Mutter ist also um diese Zeit unverkennbar. Er wollte einen ebenso großen Penis haben wie der Vater oder vielleicht den Penis des Vaters selbst.

Man kann sich nun leicht vorstellen, wie schwer der Knabe dann die Trennung vom Vater empfunden hat. Er entbehrte ihn, das einzige männliche Wesen in der Familie, die neben der Mutter noch aus zwei jüngeren Schwestern und einer Tante bestand, sehr, kurz und kraß ausgedrückt, er sehnte sich nach dem großen Penis des Vaters. In dieser Sehnsucht unterstützte ihn seine Mutter unwillkürlich, sie schürte aber seinen Haß gegen den Vater so sehr, daß die Liebe die Form der Aggression annahm, die selbstverständlich auch schon früher neben der Liebe bestanden haben mußte. Der Sinn ihrer Nörgeleien war: Dein Vater hat dich verlassen, er ernährt dich nicht mehr, du bist deshalb klein und schwach. Wenn du ein starker, großer Mann werden willst, geh zum Vater, hole dir Geld von ihm, d. h. Nahrung — und, wie der Patient es auffaßte, Männlichkeit. Diese Aufforderung der Mutter erfüllte der Sohn gern und wörtlich. Er verfolgte den Vater und verlangte ständig etwas von ihm, Geschenke irgend welcher Art, d. h. Liebesbeweise. Dasselbe wiederholte sich übrigens später in seiner Beziehung zu geliebten Männern. Er verlangte von ihnen etwa ein Kleidungsstück zum Geschenk oder er ließ sich besonders gern ins Restaurant zum Essen einladen.

Auf das Essen legte er besonderes Gewicht; er hatte sehr viele orale Träume und Phantasien und entwickelte sogar ein charakteristisches Symptom, das zuweilen noch während der Analyse auftauchte. Dies Symptom bestand darin, daß er einen salzigen Geschmack im Munde fühlte. Die Analyse seiner diesbezüglichen Träume führte zunächst zum Erinnern eines Schimpfwortes, das unter den Knaben im Pensionat gebräuchlich war: „Du hast Salz im Munde." Dieses Schimpfwort war eine Anspielung auf Homo-

sexualität und bedeutet: Du nimmst einen salzigen Penis in den Mund. Wenn er dieses Schimpfwort hörte, fühlte er sich natürlich tief getroffen. Er glaubte, daß man um seine homosexuellen Neigungen wisse und auf sie anspiele; verschluckte er doch auch seinen Samen und machte sogar einige Male den Versuch, an seinem eigenen Penis zu saugen. Auf die Analyse dieses Symptoms möchte ich hier nicht näher eingehen, sondern nur darauf hinweisen, daß der wichtigste Teil seines Liebesaktes mit einer Frau im Saugen an ihrer Brust bestand, und daß er in seinen homosexuellen masturbatorischen Phantasien am Gliede des Mannes saugte. Kam es jedoch zu einem Sexualakt mit einem Manne, so konnte er sich zu Beginn der Beziehung nicht dazu entschließen, dessen Penis in den Mund zu nehmen. Hingegen zwang er den Mann, an seinem Gliede zu saugen. Während des Aktes kam sich der Patient ungeheuer überlegen vor, hatte das Gefühl, den Partner zu demütigen und beschimpfte ihn in Worten wie: „Du niederträchtige Bestie, du Hurensohn" usw. Daneben phantasierte er, der Liebhaber sei sein Sklave, und murmelte den Satz vor sich hin: „Nun habe ich dich." Es ist interessant und vielleicht auch von tieferer Bedeutung, daß sogar in der Passivität eine sadistische Befriedigung genossen werden kann. Nachdem sich ihm dieser Genuß erschöpft hatte, ging er zur Aktivität über und saugte selbst am Gliede des Mannes. Das Saugen wurde aber bald zum Beißen, und zwar so sehr, daß er seinen Partner oft verletzte.

Es ist evident, daß der Patient bestrebt war, sich den Mann, zuerst durch Berührung, dann durch den Mund, einzuverleiben. Dieser Wunsch zeigte sich zuerst in Träumen, dann in Phantasien, die er zuletzt in die Worte kleidete: „Ich möchte den Mann mit allen Poren meines Körpers einsaugen." Viele Männer versuchten, sich ihm zu nähern, er ging aber auf ihre Werbungen nicht ein, wenn sie nicht kräftig und maskulin waren und ein großes Glied besaßen. Nach dem Verkehr mit solchen Partnern fühlte er sich selbst kräftig, männlich, träumte und phantasierte von Frauen, und wenn es zum Sexualverkehr mit diesen kam, war er potenter und befriedigter als zuvor. Es ist so, als ob er durch den Sexualverkehr mit Männern selbst männlich geworden wäre.

Natürlich war die Rückkehr zum Weibe nicht von Dauer. Nach der Befriedigung an ihr erwachte in ihm die Sehnsucht nach dem Manne wieder, ähnlich wie das Freud in dem Aufsatz über die Eifersucht schildert. Die Sehnsucht kleidete sich aber nicht mehr in kannibalistische Phantasien, sondern in analsadistische, die jedoch nur sehr langsam und zögernd greifbare Gestalt annahmen. Zuerst trat ein Traum auf, *daß ein Mann ihm in den Mund defäziere,* ein Traum, der sich bei ihm schon vor Beginn der Analyse mehrmals wiederholt hatte. Diese Perversion erschien ihm als die größte Demütigung und Erniedrigung, die ein Mensch je erleiden könnte; er schüttelte sich vor Ekel, als er darüber sprach.

Abgesehen vom Bekenntnis zum Schuldgefühl, mit dem er auch sonst immer auf die homosexuellen Wünsche reagierte und sie abzuwehren trachtete, war der Sinn dieser Träume zunächst nicht ganz klar, bis er gestand, daß eine seiner häufigen masturbatorischen Phantasien darin bestand, daß er Männern in den Mund defäziere. Die Kehrseite seines Masochismus im Traume kam also als Sadismus in der Phantasie zum Vorschein. In welcher Weise ergänzten sich aber diese analsadistischen, beziehungsweise masochistischen Strebungen?

Im Anschluß an diese Phantasien produzierte der Patient andere: daß er sich in die Gunst eines bekannten Herrschers einschleiche, von dem es heißt, daß er homosexuell sei, daß er ihn im Liebesakte ermorde und die Menschheit von einem Tyrannen befreie. Gleich darauf erinnerte er sich an eine Phantasie, die sich ihm seit mehreren Jahren von Zeit zu Zeit immer wieder aufdrängte: Er sei ein Knabe und lebe in gemeinsamem Haushalt mit einem alten, reichen Manne, der Knaben liebe. Dieser Mann mißbrauche ihn sexuell und behandle ihn sehr schlecht. Er nähre und kleide ihn elend und zwinge ihn, die schmutzigste Arbeit zu verrichten, wie etwa, das Klosett zu reinigen. Wie er zwanzig Jahre alt werde, falle ihm das ganze Vermögen des Greises zu. Dadurch werde er selbst nicht nur Besitzer eines großen Vermögens, sondern auch Herr über den alten Mann, der nunmehr sein Diener werde, und den er zur Vergeltung aufs gröbste kränke und demütige. Außerdem gelange er in den Besitz eines Zauberstabes. Er träumte auch von einer Blumenvase, die ein kleines Schmuckkästchen enthalte, das er behüte.

Ich glaube nicht, daß ich Analytikern erklären muß, was diese ganze Phantasie bedeutet: Der Patient schleicht sich in die Gunst seines Vaters ein, um ihn seines Vermögens zu berauben und in den Besitz der schwangeren Mutter (Symbol der Blumenvase) zu gelangen. Der erste Teil dieser Phantasie bietet nichts Neues, denn wir wissen schon, daß der Patient von früher Kindheit an ständig von der Idee beherrscht war, dem Vater Geld wegzunehmen und sich seinen gesamten Besitz anzueignen. Als kleines Kind beging er einige Diebstähle. Es gelang mir nicht, genau festzustellen, wann er zum ersten Male mit dem Bewußtsein zu stehlen gestohlen hat; sicher aber war dies schon um sein viertes Lebensjahr der Fall. Damals war er bei einer Tante zu Besuch; er nahm aus ihrer Geldtasche etwas Geld, kaufte sich Süßigkeiten und versteckte den Rest. Um diese Zeit wurde die jüngere seiner Schwestern geboren. Daß Geld für ihn symbolisch den Penis bedeutet, haben wir gerade gesehen; daß Geld auch die Bedeutung von Kot und Kind hat, ist für den Analytiker nichts Neues. Es dürfte also kein Zufall sein, daß er sich gerade um die Zeit der Geburt der Schwester symbolisch einen Penis, Kot oder ein Kind aneignete. Von seinen oralen Symptomen und Phantasien haben wir schon gehört. Für einen Teil des gestohlenen Geldes tauschte er Süßigkeiten ein. Es ist also anzunehmen, daß er über die symbolische Gleichung „Mutterbrust—Penis—

Kind—Kot" die Phantasie in die Tat umsetzte, der Mutter Kinder, beziehungsweise Kot im Leibe abzubeißen. Diese Phantasie stimmt vollkommen mit Vorstellungen überein, die ich bei anderen Patienten von demselben Typus als Erinnerungen auftreten gesehen habe. Der passiv-koprophage Traum, *daß man ihm in den Mund defäziere,* entspricht also anscheinend einer sadistischen Phantasie des Inhaltes, daß er dem Vater den Penis, der Mutter den Kot abbeiße. Diese Phantasie wurde gänzlich verdrängt und spiegelte sich offensichtlich in der Angst, genital und anal verletzt zu werden. Die Angst bildete gewissermaßen einen Schutz gegen seine sadistischen Regungen. Phantasierte er doch von jeher, daß er in den After seines Liebesobjektes gewaltsam eindringe und ihn auseinanderreiße, und daß er beim Weibe die Brust, beim Manne das Glied abreiße, beziehungsweise abbeiße. Er versuchte auch tatsächlich hie und da den *coitus per anum,* schreckte aber im letzten Augenblick aus Angst vor der Verletzung des Gliedes zurück. Obwohl er in der Analgegend außerordentlich erregbar war, dachte er lange Zeit nicht daran, sich passiv hinzugeben, da er vor der Verletzung des Afters noch mehr Angst hatte als vor der Verletzung des Genitales. Auf die Dauer gelang es ihm jedoch nicht, seine Triebe zu beherrschen, schließlich gab er ihrem Drängen nach.

Es ereignete sich einmal, daß sich zur gleichen Zeit zwei Männer um ihn bewarben, der eine war groß, kräftig, maskulin, der andere klein, zart und feminin. Der Patient entschied sich für den erstern. Je häufiger er mit ihm verkehrte, desto intensiver wurde sein Wunsch, mit ihm *per anum* zu verkehren. Das aber wagte er nicht, da ihm dieser Mann zu kräftig war und einen zu großen Penis hatte. Er ging daher zu dem kleinen, femininen Manne und versuchte es zuerst mit ihm. Als dieser nach dem Verkehr erschöpft neben ihm lag, kam er ihm auf einmal sehr bekannt und vertraut vor, er sah ihn mit blonden Haaren (in Wirklichkeit war er dunkelhaarig), wußte aber nicht, wer ihm da vorschwebte. Plötzlich fiel ihm ein, es könnte seine jüngste Schwester sein, die blond ist. Er hatte zwei Schwestern, eine um anderthalb, die andere um drei Jahre jünger als er. Auf die jüngere Schwester war er sehr eifersüchtig; sie war bubenhaft, der Vater hatte sie ihm stets vorgezogen und pflegte zu sagen, daß sie eigentlich ein Knabe und der Patient ein Mädchen hätte sein sollen. Derartige, oft wiederholte, abfällige Bemerkungen des Vaters verletzten ihn tief. Um diese Kränkung gutzumachen und den Vater vom Gegenteil zu überzeugen, wetteiferte er mit dieser Schwester in Bubenstreichen, zog aber immer den kürzeren, obwohl sie jünger und nur ein Mädchen war. Einmal spielte sich eine merkwürdige Szene ab. Kinder zogen diese Schwester damit auf, daß sie nicht die Courage haben werde, einen Hund unter dem Schwanze zu küssen. Kurz entschlossen tat sie es aber doch. Unser Patient war entsetzt, aber auch voller Bewunderung. Wie gerne hätte er das auch getan, um zu zeigen, daß er mutig sei,

wie es sich für einen Mann gebühre. Ekel hielt ihn aber davor zurück. Wir verstehen vielleicht seine passiven und aktiven koprophagen Träume und Phantasien jetzt noch besser als zuvor. Wenn wir ferner erfahren, daß er diese Schwester nicht nur beneidete und so sein wollte, wie sie war, sondern sie auch liebte und in Phantasiespielen mit ihr dieser Liebe Ausdruck verlieh, so verstehen wir erst recht, daß er es eher wagen konnte, mit einem femininen Manne aggressiv zu sein und anal zu verkehren als mit einem maskulinen Manne. Der feminine Mann vertrat ja die Schwester, ein Mädchen, ein Wesen, das trotz seiner Männlichkeit doch keinen Penis besaß, also weniger gefährlich war als der Mann.

Nach dem Verkehr mit dem femininen Manne wollte er von ihm nichts mehr wissen und kehrte zu dem maskulinen Freunde zurück. Es schien, als ob das Wagnis mit jenem ihm Mut gemacht hätte, diesem gegenüber erst recht aggressiv zu werden; jetzt vollzog er den Sexualverkehr mit ihm in so gewalttätiger Weise, wie er es zuvor nie gewagt, aber immer phantasiert hatte. Nicht genug daran, drückte er, nach dem mit brutaler Gewalt von rückwärts vollzogenen Verkehr, den Freund voller Wut auf den Rücken und wollte mit ihm von vorne verkehren. Da ihm aber dessen Penis im Wege stand, phantasierte er, er reiße ihn ab, bohre ein Loch in seinen Bauch usw. Nachher erschien ihm dieser, bisher um seiner Männlichkeit willen so sehr bewunderte Mann schlaff, kraftlos, weibisch. Er konnte sich diese Veränderung nicht erklären, betrachtete daher den Geliebten von allen Seiten und beruhigte sich erst, als er sich sagen konnte, er müsse sich getäuscht haben. Von da an sah er in diesem Freunde einmal den bewunderungswürdigen maskulinen Mann, das andere Mal einen femininen Partner. Er gemahnte ihn nicht an den femininen Freund und die jüngere Schwester, sondern an seine mütterliche Freundin, mit der er vorübergehend die Beziehungen abgebrochen hatte. Nur befriedigte ihn zu jener Zeit der Freund seelisch unvergleichlich mehr als jemals die Freundin. Der Freund sei viel inniger gewesen als sie und liebte so intensiv und aufopferungsfreudig, wie er es bei einer Frau noch niemals erlebt habe. Er versicherte, daß er sich nach einer solchen Liebe sein ganzes Leben hindurch gesehnt habe, und nun habe sich diese Sehnsucht erfüllt. Er zog in das Haus des Freundes und fühlte sich in seiner Gegenwart sicher und geborgen. Zu dieser Zeit traten Träume auf, die klar zeigten, daß der Freund die Mutter vertrat.

Das Liebesobjekt stellte also eine Verdichtung, ein Kompromiß zwischen Mann und Weib dar, gewissermaßen eine Spiegelung der eigenen Bisexualität, wie Freud sagt.

Es fragt sich nur, ob die Aggression gegen das homosexuelle Objekt auch der Mutter galt. Diese Frage kann ohne weiteres in positivem Sinne beantwortet werden. Erstens enthielten seine masturbatorischen Phantasien nicht nur Aggressionen gegen Männer, sondern auch gegen Frauen, zweitens hatte

er auch im Sexualverkehr mit Frauen sadistische Impulse, nur fühlte er sich im Verkehr mit dem jungen Mädchen zu schwach, um diesen Impulsen nachzugeben, und traute sich bei dem älteren Mädchen nicht, sich so auszuleben, wie er wollte.

Wie von einem Homosexuellen nicht anders zu erwarten ist, war die Liebesfähigkeit unseres Patienten hochgradig narzißtisch gefärbt. Er war von der Idee, daß sich ihm das unstillbare Bedürfnis, geliebt zu werden, endlich erfüllt habe, einfach berauscht. Er habe das Geliebtwerden immer vermißt, und nun erfülle ihn die Verwirklichung seiner Lebenssehnsucht mit Stolz und Freude. Er versicherte, er habe sich noch niemals so wohl gefühlt wie jetzt, nachdem er Beweise von aufopferungsfreudiger Liebe von so vielen Seiten erlebt habe. Er sei in seiner eigenen Achtung gestiegen, fühle sich selbstbewußt und männlich — er sei ein „Jemand" geworden, während er früher ein „Niemand" gewesen sei.

Wie verträgt sich hier der Narzißmus mit der Aggression? Ich möchte an dieser Stelle nicht theoretischen Erwägungen nachgehen, sondern das Material für sich selbst sprechen lassen: Erstens stand, wie wir gesehen haben, die Aggression gegen den Vater im Dienste des positiven Ödipuskomplexes. Der Patient wollte sich den Vater einverleiben, um sein Ich so zu stärken, daß es von der Mutter Besitz ergreifen könnte. Er hat es aber nicht zu einer erfolgreichen Identifizierung mit dem Vater gebracht, denn jeder Ansatz dazu endete mit der primitiven Vorstufe der Identifizierung, mit kannibalistischen Impulsen und mit Zerstörungswut. Daß daraus eine Störung der Entwicklung des Über-Ichs resultierte, ist nicht verwunderlich, ich möchte aber darauf nicht näher eingehen. Zweitens zeigt die ganze Lebensgeschichte des Patienten in unzweideutiger Weise, daß sein Narzißmus immerfort, hauptsächlich seitens der Mutter, tief gekränkt wurde. Dafür rächte er sich an ihr. Wie sehr er sie haßte und ablehnte, mag vielleicht ein einfaches Beispiel aus dem Alltagsleben des Patienten am besten illustrieren: Er konnte sich nicht überwinden, ihr den Arm zu reichen, um ihr bei einem gefährlichen Straßenübergang zu helfen. Und trotzdem war er an sie sehr stark libidinös fixiert. Eine seiner Schlafgewohnheiten wird ein Bild davon geben: Er konnte nur einschlafen, wenn er auf der linken Seite lag und den rechten Arm nach vorne ausgestreckt hielt, als ob er jemanden umarmen wollte. Diese Gewohnheit ließ sich leicht aufklären, denn bis zu seinem elften Lebensjahr schlief er mit der Mutter in einem Bette und hielt sich immer mit der rechten Hand an ihr fest. Unser Patient liebte also seine Mutter ebenso intensiv, wie er sie haßte. Nur war ihm der Haß bewußt, die Liebe unbewußt. Wann dieser Haß zuerst aufgetreten ist, ist natürlich schwer zu sagen. Sicher empfand ihn schon der dreijährige Knabe, als die jüngere seiner Schwestern zur Welt kam. Er hatte zwei für ihn typische, sich von Zeit zu Zeit wiederholende Träume, in denen er in derartige Wut gegen die Mutter geriet, daß er

sich kaum fassen konnte. In einem der beiden Träume *berührte die Mutter irgend einen ihm gehörenden Gegenstand, z. B. ein Kleidungsstück,* im zweiten *kam sie ins Badezimmer, als er gerade nackt war oder seine Notdurft verrichtete.* Beide Träume waren gewissermaßen eine Wiederholung der Wirklichkeit, denn der Patient bekam tatsächlich Wutanfälle, wenn die Mutter in seinem Kleider-, Wäsche- oder Bücherschrank Ordnung machen wollte, oder aber, wenn sie sein Zimmer betrat, während er sich gerade an- oder auszog. In einer tieferen Schicht deuteten diese Träume auf die Wut hin, die der Patient hatte, wenn die Mutter ihn bei der Onanie erwischte und mit Kastration drohte, oder aber wenn sie ihm Einläufe zu machen versuchte. Da aber der Patient, wie wir aus anderen Träumen und Phantasien gesehen haben, die Tendenz hat, die Verdrängung durch Verkehrung ins Gegenteil zu bewerkstelligen, so dürften auch diese Träume so zu deuten sein, daß er die Mutter in sexueller Absicht berühren oder ihr bei der Verrichtung ihrer Notdurft zuschauen wollte, von ihr aber daran gehindert wurde, dies als narzißtische Kränkung empfand und darauf mit Wut reagierte. Diese Deutung fand in einer ganzen Reihe von Erinnerungen ihre Bestätigung. So nahm der Drang, sich an der Mutter zu rächen, manchmal beinahe verbrecherische Formen an: Als Knabe, wie als Erwachsener, zündete er ganz unbewußt mehrmals das Haus an, und nur mit Mühe gelang es, die Brände zu lokalisieren. Das Schlimmste jedoch, was er seiner Meinung nach der Mutter antun konnte, war, daß er sich an den Vater wendete, wenn sie ihm etwas versagte. Als sie z. B. einmal seinem Verlangen, ihm auf dem Klavier vorzuspielen, nicht augenblicklich willfahrte, ersuchte er den Vater darum, obwohl er genau wußte, daß er sie damit schwer verletzte. Andere Male wieder rächte er sich an den Schwestern, wenn er von der Mutter gekränkt war. Als er mit etwa zwölf Jahren auf die Mutter zustürzte, sie auf den Mund küßte und versuchte, ihr dabei die Zunge in den Mund zu stecken, sie ihm dies aber in strengem Ton verwies, da wurde er erst fassungslos und dann wütend. — Als die Mutter ihn in der Pubertät ins Pensionat schickte, protestierte er heftig dagegen und bekam Wutanfälle; die Zuwendung zu Knaben, die, wie erwähnt, damals begann, ist zweifellos zum Teil als Protest gegen sie aufzufassen. Später im Leben benahm er sich sehr ähnlich, als ihm schien, daß die Geliebte ihn nicht genügend liebe, und er überdies, anscheinend unberechtigterweise, auf einen anderen Mann eifersüchtig wurde: Er erging sich in wüsten Rachephantasien gegen sie und landete schließlich bei Männern.

Es ist also klar, daß der Patient mit seiner Homosexualität sich am Weibe rächen und über es triumphieren wollte.

Der homosexuelle Akt stellt aber anderseits auch einen Triumph über den Mann — den Vater — dar. Nicht nur, daß er ihn überwältigt, sich seine Kraft aneignet, macht er auch ein Weib aus ihm und fühlt sich dann männlich genug, um sich der Mutter zu bemächtigen. Beides dient ihm

zur Kompensation seines verletzten Narzißmus, zur Stärkung seines schwachen Ichs. Führte doch die Erfüllung seiner homosexuellen Wünsche zur Steigerung seines Selbstbewußtseins, zur Bestätigung seiner infantilen Allmachtsgefühle und verlieh ihm die erhebende Empfindung, daß von seiner Persönlichkeit ein gewisser Zauber ausstrahle. Das Mittel, dessen er sich bediente, um die Störung seines narzißtischen Gleichgewichts auszubalancieren, war hauptsächlich Magie.

Wir wissen, daß die Überschätzung des Ichs für die Paranoia charakteristisch ist. Wir wissen aber auch, welche Bedeutung die Homosexualität in der Paranoia hat. Es dürfte also kein Zufall sein, daß mir zum erstenmal beim Paranoiker deutlich geworden ist, daß das Ziel der Homosexualität nicht nur Befriedigung der Libido, sondern auch Befriedigung der Aggression ist. Das führte mich dazu, die nicht psychotischen Homosexuellen, die ich bisher behandelt hatte, rückgreifend daraufhin miteinander zu vergleichen. Dieser Vergleich ergab die Einsicht, daß die Aggression nicht nur bei der Objektwahl des Paranoikers, sondern auch sonst in der Homosexualität eine wichtige Rolle spielt, zumindest aber als Charakteristikum eines bestimmten Typus anzusehen ist.

Selbstverständlich tritt auch dieser Typus nicht ganz rein auf — wie ich schon eingangs erwähnt habe, gibt es ja kaum reine Typen. Selbst der aggressive Typus zeigt auch gewisse, wenngleich nicht immer stark ausgeprägte, masochistische Züge. Von einem sadistischen Typus können wir dann sprechen, wenn der Sadismus überwiegt, von einem masochistischen, wenn der Masochismus überwiegt und dem Homosexuellen sein Gepräge verleiht. Im heutigen Vortrage hatte ich mir aber zur Aufgabe gemacht, den aggressiven Typus zu besprechen.

Das Herausschälen dieses Typus scheint mir noch aus folgendem Grunde wichtig: All die Fälle, die zu beobachten ich Gelegenheit hatte, zeigten gewisse paranoide Züge, wie leichten Beziehungs- und Verfolgungswahn; auch der hier ausführlich besprochene Patient hatte einen leichten Vergiftungswahn. Keiner dieser Fälle zeigte jedoch noch weitere paranoische Symptome und keiner entwickelte sich, soweit mir bekannt ist, später zu einer Psychose. Es scheint aber jedenfalls, daß dieser Typus der Homosexualität der Paranoia irgendwie nahesteht und vielleicht eine Zwischenstufe zwischen Neurose und Psychose bildet.

Von mancher Seite wird die Ansicht vertreten, daß ein Vergleich zwischen Homosexualität und Paranoia einer eingehenden Kritik nicht standhält, und zwar deshalb nicht, weil der Paranoiker projiziere, der Homosexuelle hingegen nicht. Es ist zwar ganz richtig, daß der Projektionsmechanismus für die Paranoia charakteristisch ist, ebenso richtig aber ist, daß dieser Mechanismus auch in der Homosexualität eine sehr wichtige Rolle spielt, etwa bei dem Typus, bei welchem das Objekt nach dem Vorbilde der Mutterliebe gewählt

wird. Eine andere Frage ist, ob die Projektion auch in dem von mir geschilderten Fall zu finden ist. Die Antwort gibt der Patient selbst. Er projiziert nämlich sein Ideal eines schönen, kräftigen und großen Mannes vor sich hin. Dieses Ideal liebt er und sucht danach in der Außenwelt. (Daß es ihm gelingt, von Zeit zu Zeit sein Ideal in der Realität zu finden, schützt ihn vielleicht vor der Paranoia.) Was ihn hingegen von der Paranoia unterscheidet, ist, daß der Sadismus in der Paranoia ein negatives Vorzeichen bekommt und sich zum größten Teil in sein Gegenteil, den Masochismus, verwandelt, während die Aggression bei unserem Patienten in den der Analyse zugänglichen Schichten, eigentlich in den Schichten, die der Außenwelt am meisten zugekehrt sind, fast unverändert blieb. Mit anderen Worten, während in der Paranoia Libido und Aggression sich gegen das Ich wenden, scheint in unserem Falle die Aggression diesen Wendungs- und Umwandlungsprozeß nur in ganz kleinen Quantitäten mitzumachen. Damit soll aber — um Mißverständnissen vorzubeugen — nicht gesagt werden, daß dies der einzige Unterschied zwischen Paranoia und Homosexualität sei.

Warum aber aus derselben Grundeinstellung einmal eine Paranoia wird, das andere Mal nicht, wird natürlich bis auf weiteres unbeantwortet bleiben.

Wir stoßen hier unvermerkt auf Probleme, auf die näher einzugehen verlockend wäre; aber ihre Erörterung würde weit über den Rahmen des heutigen Vortrages hinausgehen.

Literatur

Freud: 1. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. 2. Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. 3. Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. Alle drei in Ges. Schr., Bd. V. 4. Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. Ges. Schr., Bd. VIII.

Ferenczi: Zur Nosologie der männlichen Homosexualität (Homoerotik). In: Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. II, Int. Psa. Verl., Wien, 1927.

Zur Auffassung der Weiblichkeit[1]

Von

S. M. Payne

London

Einleitung

Die psychoanalytische Methode hat in den letzten Jahren die Untersuchungen über die Psychologie der Frau weitgehend gefördert und uns damit einer Reihe von Problemen gegenübergestellt, die mit der Verschiedenheit der Geschlechter eng verknüpft sind.

Wir sind gegenwärtig noch nicht in der Lage, alle diese Probleme zu lösen, aber wir können unsere Beobachtungen festhalten, abweichende Ansichten zusammenfassend erörtern und damit die Aufmerksamkeit auf diejenigen Punkte lenken, die noch ungeklärt sind und weiterer Untersuchung harren.

Natürlich gibt es viele verschiedene Ausgangspunkte für eine Psychologie des Weibes. Wenn wir den Weg der psychischen Entwicklung des Individuums in die Vergangenheit zurückzuverfolgen versuchen, sind wir bald gezwungen, auf andere Untersuchungsgebiete, besonders auf das der Biologie, überzugreifen. Wahrscheinlich ist die unmittelbare Anwendung biologischer Begriffe auf die Psychologie in mancher Hinsicht von ausgesprochenem Nachteil, da uns die Art des Zusammenhanges von seelischen und physischen Prozessen völlig undurchsichtig bleibt. Das Vorhandensein einer Verbindung zwischen den beiden zeigt sich Tag für Tag dem beobachtenden Auge des Psychotherapeuten, aber bis heute ist es noch keinem Psychologen, Physiker oder Biologen gelungen, auf die Struktur oder die Natur derselben viel Licht zu werfen.

Der biologische Begriff der Bisexualität geht von der Tatsache aus, daß rudimentäre männliche Sexualorgane im weiblichen Körper vorhanden sind, ebenso wie rudimentäre weibliche Sexualorgane im männlichen. Die Psychologie hat die Auffassung von der Bisexualität übernommen und neigt leider dazu, ihre Bedeutung dadurch einzuschränken, daß sie Aktivität mit Männlichkeit und Passivität mit Weiblichkeit gleichsetzt. Die Biologie ist weniger willkürlich und entgeht daher der Gefahr, die Dinge weiter zu komplizieren. Die entsprechenden Betätigungsformen der beiden Geschlechter wurden teils bei verschiedenen Gattungen, teils bei verschiedenen Situationen innerhalb derselben Gattung beschrieben. Es ist wohlbekannt, daß bei gewissen Gattungen das Weibchen aktiver ist als das Männchen, dessen Aktivität sich in der Hauptsache auf den Sexualakt beschränkt. Freud hat betont, wie wenig befriedigend es sei, Männlichkeit mit Aktivität

1) Nach einem am 28. November 1934 in der Medical Section der British Psychological Society gehaltenen Vortrag; aus dem Englischen übersetzt von Frau Hedwig Abraham.

und Weiblichkeit mit Passivität zu identifizieren; er sagt (1): „Es erscheint mir unzweckmäßig, und es bringt keine neue Erkenntnis." Er deutet an, daß es möglich sei, die Weiblichkeit psychologisch zu charakterisieren, indem man aussagt, sie enthalte eine Vorliebe für passive Triebziele, — und äußert an anderer Stelle: „Es ist leicht zu beobachten, daß auf jedem Gebiet des seelischen Erlebens, nicht nur auf dem der Sexualität, ein passiv empfangener Eindruck beim Kind die Tendenz zu einer aktiven Reaktion hervorruft. Die Sexualziele des Mädchens bei der Mutter sind aktiver wie passiver Natur, und sie werden durch die Libidophasen bestimmt, die das Kind durchläuft. Aus dem Verhalten des Kindes mag man einen Schluß auf die relative Stärke der Männlichkeit und Weiblichkeit ziehen, die das Kind in seiner Sexualität an den Tag legen wird." (2)

Die Tatsache der Bisexualität muß als eines der Fundamente angesehen werden, auf welche Freud seine Theorien aufgebaut hat. Es ist sehr zweifelhaft, ob der Frau mehr Bisexualität zuzusprechen ist als dem Mann. Eine Untersuchung der Natur derjenigen Triebe, die den kulturellen Strebungen zugrunde liegen, zeigt, daß die spezifisch weiblichen Triebe hier ebenso wichtig sind wie die männlichen. Es ist klar, daß in früheren Zeiten der Mann mehr Gelegenheit zum Sublimieren weiblicher Regungen hatte als die Frau zum Sublimieren männlicher Tendenzen. Dank dem Umstand, daß unsere gegenwärtige Zivilisation männliche Eigenschaften höher bewertet als weibliche (3), ist es verständlich, daß der Einfluß der Umgebung die erfolgreiche Verdrängung weiblicher Tendenzen beim Mann begünstigt, und bei der Frau vorzüglich die Ansätze zu männlichen Strebungen zur Entfaltung bringt.

Die Wichtigkeit und zugleich Einfachheit der Theorie von der Bisexualität hat aber vor allem dazu beigetragen, die Auffassung der Frau als eines kastrierten Männchens in den Brennpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen, und hat die psychologische Formulierung und Darstellung der primär weiblichen Züge in den Hintergrund gedrängt. Ein allgemeiner Überblick über die psychoanalytische Literatur enthüllt eine wachsende Tendenz, „männliche" und „weibliche" psychologische Auffassungen zu unterscheiden. Karen Horney hat mit ihrem im Jahre 1924 erschienenen Artikel „Zur Genese des weiblichen Kastrationskomplexes" (4) als erste diesen Weg beschritten. Frühzeitige Beobachtungen von Helene Deutsch (5) über die Sexualfunktionen der Frau in allen ihren Ausstrahlungen waren eine Pionierarbeit und haben zu vielen späteren Untersuchungen den Grund gelegt. Neue Ausblicke eröffnete Melanie Klein (6), als sie erkannte, welche Rolle die Phantasien spielen, die das Innere des Körpers zum Inhalt haben. Die Bedeutung der Mutter-Tochter-Beziehung, wie sie von Jeanne Lampl-de Groot (7) beschrieben wurde, hat Freud akzeptiert, nachdem kurz zuvor die Wichtigkeit der Untersuchungen von Melanie Klein für das Verständnis der weiblichen Psychologie besonders von der englischen Psychoanalytischen Gesell-

schaft gewürdigt worden war. Einen hervorragenden Beitrag lieferte Ernest Jones (8) mit seiner Unterscheidung zwischen männlicher und weiblicher Kastrationsangst und mit dem Hinweis auf die Beziehung beider zu dem, was er Aphanisis nennt. Etwas später regte Marjorie Brierley (9) an, die psychologische Definition der Weiblichkeit mit Hilfe des Begriffs der Integration zu geben. In dem Referat über Freuds Vorlesung über die Weiblichkeit, die in der „Neuen Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse" enthalten ist, setzte sich Joan Riviere (10) energisch dafür ein, die Rolle der positiv weiblichen Triebe in der Psychologie des kleinen Mädchens anzuerkennen. Sie betonte besonders die Beziehung zwischen oralen und vaginalen libidinösen Faktoren und die Charakterzüge, die aus dieser Quelle stammen.

Ein Faktor, der m. E. bei der Behandlung des Problems der Weiblichkeit nicht genügend beachtet wird, ist die Zeugungsfunktion in allen ihren Auswirkungen. Die weibliche Funktion erschöpft sich nur zum Teil im Sexualakt. Die psychologische Bedeutung von Empfängnis, Schwangerschaft, Entbindung und Stillzeit ist gar nicht zu überschätzen. Ferner ist auch die spätere Beziehung der Mutter zum Kind im allgemeinen von viel größerer psychologischer Wichtigkeit als die des Vaters.

Die enge Verbindung von Weiblichkeit und Zeugungsfunktion führt dazu, die psychischen Manifestationen der letzteren zu verdecken und die physiologischen hervorzuheben. Es war kaum möglich, in das Wesen der weiblichen Psyche tiefere Einsicht zu gewinnen, ehe es der Psychoanalyse gelang, auf die seelischen Erscheinungen der frühesten Lebensjahre Licht zu werfen. Im Mittelpunkt der Entwicklung des männlichen Ichs steht die Identifizierung des Ichs mit dem Penis. Man darf erwarten, daß die Entwicklung des weiblichen Ichs eine analoge Grundlage hat. Die inneren weiblichen Genitalien, Uterus und Vagina, nehmen psychisch einen einzigartigen Platz ein. Während der ganzen Kindheit liegt die Funktion dieser Organe sozusagen im Schlaf. Die Frage der frühzeitigen Libidobesetzung der Vagina ändert an dieser Tatsache nichts. Das männliche Organ hat in der Kindheit eine Funktion, die es in eine gänzlich verschiedene Beziehung zur Ich-Differenzierung bringt. Die Öffnung der Vagina ist nicht, wie Rektum und Urethra, durch einen Sphinkter unter bewußte Kontrolle gestellt. Die Einimpfung der Sphinktermoral ist einer der Hauptwege, auf denen ein äußerer Einfluß nach innen verlegt und die Wahrnehmung gewisser körperlicher Funktionen dem sich heranbildenden Ich als dem Exekutivorgan des psychischen Apparats eingeprägt wird. Vagina und Uterus spielen offensichtlich keine dazu direkt parallele Rolle in der Entwicklung des Ichs und des Über-Ichs. Diese Rolle kommt anscheinend dem Mund und den anderen infantilen erogenen Zonen zu. Die narzißtische Bewertung des ganzen weiblichen Körpers wird oft mit der narzißtischen Überschätzung des Penis von seiten des Mannes verglichen. Ich möchte annehmen, daß diese Bewertung eine Verlegung bedeutet,

die mit der früheren Libidobesetzung des Körperinnern zusammenhängt. Sie findet sich besonders bei Frauen, die von unbewußten sadistischen Koitus- und Geburtsphantasien beherrscht werden. Das Funktionieren eines inneren Organs hängt von der Koordination seiner Spannungen ab. Dies bezieht sich gleicherweise auf psychische und körperliche Organe. Der primitive unbewußte Mechanismus, der diese Spannungszustände regelt und damit die Funktion aufrechterhält, ist der Rhythmus.

Ella Sharpe (11) hat in ihrer Arbeit über die Psychologie des Künstlers dieses Thema behandelt. Sie wies auf die Bedeutung von Rhythmus und Form in allen Kunstgattungen hin und kam zu der Annahme einer psychischen Korrelation zwischen Körperrhythmus und Körperfunktionen. Die Rolle des schöpferischen Dranges beim Künstler und der wohlbekannte feminine Einschlag bei Künstlern beiderlei Geschlechts läßt die Annahme zu, daß Untersuchungen auf diesem Gebiet sich für die Erforschung der psychischen Femininität fruchtbar erweisen dürften.

Tatsächlich gehört eine unbewußte Koordination, die wir Rhythmus nennen können, notwendigerweise zu allen physiologischen Tätigkeitsformen. Ich möchte besonders auf die Fertigkeit bei allen Arten von Sport hinweisen. Diese beruht vor allem auf der nach einem zeitlichen Rhythmus (Takt) geregelten Koordinationsfähigkeit und nicht auf der bloßen Beschaffenheit der Muskeln. Vielleicht ist der „Takt" das rhythmische Vorbild, das der unbewußt gelenkten Koordination der Muskeltätigkeit zugrunde liegt. Eine Folge dieser rhythmischen Koordination ist die Periodizität, die mit den weiblichen Funktionen so wesensmäßig verknüpft ist. Eine volkstümliche, wenn auch etwas schiefe Definition der Frau stammt aus einem gewissen Londoner Krankenhaus: „Die Frau ist ein Tier, das einmal täglich uriniert, einmal wöchentlich defäziert, einmal monatlich menstruiert und einmal jährlich gebiert."[2]

Die Psychoanalyse hat gezeigt, auf welche Weise die Verdrängung und die Verzögerung der Genitalfunktionen die seelische Entwicklung des Menschen beeinflussen und damit eine Neuorganisation der die Triebregungen koordinierenden und kontrollierenden Mechanismen bewirken. Es wäre nicht verwunderlich, wenn primitive Mechanismen ihre Repräsentanzen in Charakterzügen hätten, die ihre Herkunft im wesentlichen der Zivilisation und der Kultur verdanken. Wenn dem so ist, wäre es wohl möglich, das „psychische Modell" einer Körperfunktion aufzuzeigen.

Es ist ein unvermeidliches Resultat der Verdrängung des Ödipuskomplexes, daß das „Modell" für die endgültige Gestaltung der Genitalfunktion aufs stärkste von denjenigen Auffassungen beeinflußt wird, die in Verbindung mit den prägenitalen Trieben und infantilen erogenen Zonen gebildet wurden.

2) Das Hauptmotiv dieser Definition ist offenbar das Gefühl der Versagung beim Manne.

Infolgedessen wird der Koitus psychisch in den verschiedensten Arten vollzogen, und der Geburtsakt wird, bevor er real durchgemacht wird, in der Verrichtung der Ausscheidungsfunktionen „erlebt". Vom biologischen Standpunkt aus gesehen, ist die Tatsache, daß es in der Reaktion der Frau auf die Zeugungsfunktionen so viele Varianten gibt, eigentlich erstaunlich.

Wenn man von jenen Frauen absieht, bei denen körperliche Defekte mechanische Schwierigkeiten beim Gebären verursachen, oder die durch ernstliche physische Verletzungen überhaupt unfähig dazu geworden sind, so ist es ersichtlich, daß die durch Schwangerschaft und Geburt auferlegten Leiden bei verschiedenen Individuen und sogar bei verschiedenen Schwangerschaften ein und derselben Frau ganz außerordentlich variieren. Diese Variationen sind, wie die Psychoanalyse zeigt, aufs engste mit psychischen Schwierigkeiten verknüpft.

*

Die im folgenden dargestellten seelischen Eigenschaften sind m. E. für die erwachsene Frau erforderlich, wenn sie den seelischen und sonstigen Ansprüchen, die mit der vollen Ausübung ihrer Geschlechtsfunktionen verbunden sind, gewachsen sein soll. Ich möchte diese Züge erst einmal aufzählen und sie dann gesondert und ausführlich zu den weiblichen Funktionen in Beziehung setzen.

An erster Stelle nenne ich die Aufnahmebereitschaft an Stelle der Passivität. Diese Bereitschaft wird im Sexualakt in hohem Maße ausgeübt. Die rezeptive Funktion der Vagina wird mit derjenigen des Mundes identifiziert und verrät sich durch die saugenden Bewegungen, die völlig denen des Säuglingsmundes gleichen.

Die zweite von der erwachsenen Frau erforderte Eigenschaft ist die Fähigkeit, die wiederholten periodischen Schwankungen in ihrem sekundären Narzißmus zu ertragen und sich ihnen anzupassen. Diese Schwankungen entsprechen Verarmungen und Bereicherungen der Ich-Libido und hängen von den Betätigungen ihrer Sexualfunktion bei Menstruation, Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit ab.

Die dritte, nicht ausschließlich weibliche Eigenschaft ist die Fähigkeit, die — entsprechend der Bisexualität — von den angeborenen Eigenschaften des entgegengesetzten Geschlechtes herrührenden Triebe zu sublimieren, ohne daß jedoch die eigene Geschlechtlichkeit dadurch gehemmt oder vernichtet wird.

Als viertes Merkmal der Weiblichkeit erwähne ich, daß die Bereitwilligkeit im Empfangen und Behalten mit dem Wunsch des „Hergebens" in Einklang gebracht sein muß. Dieser Wechsel in der seelischen Haltung ist für das Vorbild der Sexualfunktionen wesentlich.

I.

Die Betrachtung der weiblichen Aufnahmebereitschaft umfaßt die meisten Probleme, die beim Studium der weiblichen Psychologie auftauchen. In ihr sind inbegriffen sowohl die Frage des Alters, in dem sich die echte Weiblichkeit manifestiert, als auch die Richtung, welche die Libido bei der Entwicklung der weiblichen Sexualfunktion einschlägt. Nach Freuds Ansicht haben Mädchen und Knaben während der allerersten Lebensjahre beide eine männliche Psyche. Das erste Liebesobjekt des kleinen Mädchens ist die Mutter, und die Liebeswünsche, die sich auf diese beziehen, sind charakteristisch für die orale, anale und phallische Phase. In der letzteren wird die Klitoris als Penis bewertet bis zu dem Augenblick, da die anatomischen Geschlechtsunterschiede entdeckt werden. Durch diese Entdeckung wird die Beziehung zur Mutter als Liebesobjekt zerstört. Letztere wird für das Fehlen des Penis verantwortlich gemacht, und der Groll darüber erweckt die Erinnerung an frühere, durch sie erlittene Versagungen und Enttäuschungen. Als Folge davon wendet sich das kleine vierjährige Mädchen meist zum Vater und überträgt auf ihn ihre Wünsche. Mit anderen Worten, der Kastrationskomplex geht in den Ödipuskomplex über und der Wunsch nach dem Kinde tritt an die Stelle des Wunsches nach dem Penis.

Diese Ansicht vertritt Freud in seiner Vorlesung über die Weiblichkeit, die in der Neuen Folge der Einführungsvorlesungen veröffentlicht wurde. Sie ist von Joan Riviere in dem bereits zitierten Referat kritisiert worden, eine Kritik, die durch die Beobachtungen vieler Analytiker unterstützt wird. Zu diesen gehören Karen Horney (von den auswärtigen), Jones, Melanie Klein und überhaupt die meisten englischen Analytiker. Wenn wir uns den Beobachtungen zuwenden, die Freuds Folgerungen zugrunde liegen, erkennen wir deutlich, daß es reichlich Beweise für die Wichtigkeit des Penisneides gibt. In der Analyse einer jeden Frau kann der Penisneid in der phallischen Phase festgestellt werden. Bei einigen Frauen spielt er eine überwältigende Rolle, und fast scheint es, als sei bei diesen der angestrengte Versuch, zu beweisen, daß der Penis in irgendeiner Form dennoch vorhanden sei, das Leitmotiv des Lebens.

Indessen liegt solchen Fällen immer eine Situation zugrunde, die mit der Zurückweisung der Weiblichkeit und mit der Beziehung zwischen Mutter und Kind zusammenhängt. Diese Situation muß vollständig analysiert werden, ehe die Wichtigkeit des Männlichkeitskomplexes als solchen bewertet werden kann. Ich beabsichtige in dieser Arbeit nicht, bei den manifesten Zeichen und Symptomen des weiblichen Kastrationskomplexes zu verweilen, wie sie allgemein bekannt sind. Das Ziel meiner Untersuchung ist vielmehr, die primäre Weiblichkeit des kleinen Mädchens sowie deren Beziehung zur Entwicklung des Männlichkeitskomplexes und zur Weiblichkeit der erwachsenen Frau zu erhellen.

Von fundamentaler Bedeutung in diesem Zusammenhang ist das Licht, das durch die Arbeiten von Melanie Klein und von den Kinderanalytikern auf die Beziehungen des ganz kleinen Kindes zur Mutter geworfen wird. Frau Klein vertritt die Anschauung, daß es die tiefste Angst des Mädchens ist, ihr Leib könne inwendig beraubt oder zerstört werden.[3] In jeder tiefgehenden Analyse werden Phantasien aufgedeckt, welche die kindliche Theorie enthüllen, der Leib der Mutter enthalte geheimnisvolle, gefährliche und wertvolle Dinge, darunter auch alles das, was der Vater hineingetan hat, nämlich seinen Penis oder dessen Äquivalent.

Es scheint daher bewiesen zu sein, daß das Innere des Leibes in den frühesten Phantasien, ehe noch die Fähigkeit zur Vergleichung äußerer Unterschiede erreicht wird, zur Quelle der Angst wird. Das kleine Mädchen durchläuft, während es noch mit der Angst kämpft, die sich auf den Inhalt des mütterlichen und des eigenen Leibes bezieht, die oralen und frühanalen Phasen der Libidoentwicklung.

Die primäre Beziehung zur Mutter ist bei beiden Geschlechtern eine oral-rezeptive. Beim Vergleich der Libidoentwicklung der beiden Geschlechter wird gewöhnlich ein besonderes Gewicht auf die Tatsache gelegt, daß das kleine Mädchen vor Erlangung der Geschlechtsreife das Geschlecht seines Liebesobjektes wechseln und seine Sexualempfindungen von der Klitoris auf die Vagina verlegen muß. Beim Knaben hingegen ist es nicht erforderlich, daß er das Geschlecht seines Liebesobjektes wechsle. Bei diesem Vergleich wird aber der Umstand, daß der Knabe den Charakter seiner Beziehung zum primären Objekt vom oral-rezeptiven Saugen zum aktiven Eindringen und Entladen ändern muß, selten erwähnt (12). Anderseits kann das kleine Mädchen die oral-rezeptiven Saugetendenzen direkt vom Mund in die Vagina verlegen.

Orale Unbefriedigtheit führt dazu, die Liebe des kleinen Mädchens von der Mutter zum Vater hinzulenken. Ihre ersten Forderungen an denselben kleiden sich in die Form oraler Begierde nach dem väterlichen Penis. Frau Klein — und unabhängig von ihr Ernest Jones — sind der Ansicht, daß diese frühen oralen Wünsche allo-erotischer Natur und für diejenige Objektphase charakteristisch sind, in der ein Teil das Ganze zu vertreten pflegt. Mit anderen Worten, der Penis bedeutet den Vater. Nach Freuds Meinung stellt dies den Wunsch des Mädchens dar, männlich zu sein, nicht aber den Wunsch, sich einen Teil des Liebesobjektes einzuverleiben.

Hanns Sachs (13) legt besonderen Nachdruck auf die Beharrlichkeit und Stärke der oralen Wünsche des kleinen Mädchens, die sich auf den Vater richten. Er sieht in diesen Wünschen das Resultat einer Regression auf die orale Phase, die, nachdem das Objekt des Ödipuskomplexes aufgegeben worden, im Bemühen erfolgt ist, es psychisch doch zurückzuhalten. Er sagt: „Die Ver-

3) Dies entspricht der Angst vor dem Verlust der Sexualität, die Ernest Jones als die Angst vor Aphanisis beschreibt.

mutung liegt nahe, daß die intensive Tendenz, sich den Vater auf oralem Wege einzuverleiben, eine Folge der in dieser Zeit zum erstenmal dunkel auftretenden vaginalen Sensationen ist, die, weil sie sich an der noch unentdeckten Vagina nicht durchsetzen können, auf den Mund verschoben werden." Melanie Klein vertritt den Standpunkt, daß genitale Triebe in Verbindung mit der Aufstachelung oraler Wünsche entstehen können, und meine eigenen Erfahrungen bestätigen diese Ansicht. Der Nachweis, daß genitale Wünsche, sofern sie auf die Vagina gerichtet sind, in einer so frühen Phase auftreten, würde sicherlich viel dazu beitragen, das Problem vom Vorhandensein femininer Impulse in der frühen Kindheit zu lösen.

Alle Analytiker werden mir darin beipflichten, daß direkte Beweise für die Libidobesetzung der Vagina in der Säuglings- und frühen Kinderzeit von außen her nicht leicht beizubringen sind. Psychologische Beweise gibt es im Überfluß. Der Umstand, daß sich die frühen Phantasien mit dem Innern des mütterlichen Leibes beschäftigen, ist an sich von großer Bedeutung. Es ist kaum anders möglich, als ihn mit der Annahme einer unbewußten Kenntnis eines inneren Genitales aufs engste zu verknüpfen. — Einige weibliche Analytiker, unter ihnen Josine Müller (14), Melanie Klein (15) und Karen Horney (16) haben eine Betätigung der Vagina in ganz früher Kindheit beobachtet. Ich selbst wurde kürzlich auf ein Phänomen bei einem neugeborenen Kinde aufmerksam gemacht, nämlich auf die Ausscheidung einer ganz kleinen Menge Blut aus der Vagina in der zweiten Lebenswoche. In dem gleichen Fall wurde auch eine Vergrößerung der Brustwarzen und ein Sekret, das sie enthielten, beobachtet. Die Hebamme, die den Säugling betreute und eine zuverlässige Person mit sehr großer Erfahrung war, sagte mir, daß diese kleine Blutausscheidung bei Kindern weiblichen Geschlechtes im ersten Monat regelmäßig auftrete und von der Hebamme stets erwartet werde. Ich muß gestehen, daß mir das neu war; ich habe eine Angabe dieser Art weder je in den Lehrbüchern gefunden, noch von Ärzten, deren Spezialfach Geburtshilfe ist, erwähnen gehört. Die Tatsache ist indessen bemerkenswert als physiologischer Beweis dafür, daß die inneren Genitalorgane bereits in frühester Kindheit Blutandrang und Aktivität aufweisen.

Viele Kinderärzte ebenso wie Kinderanalytiker haben bei kleinen Mädchen manifeste vaginale Masturbation beobachtet und beschrieben; aber sie scheint doch mehr eine Ausnahme als eine Regel zu sein, wenn man nicht der Ansicht zuneigt, daß gewisse andere Erregungsmethoden, die von jenen sehr häufig angewendet werden, diese Bedeutung haben. So etwa schaukelnde Körperbewegungen und Zusammenpressen der Schenkel, wodurch nicht nur die Klitoris, sondern auch der ganze Genitalapparat, einschließlich der Scheidenöffnung, in Erregung versetzt wird. Die Wahrscheinlichkeit spricht dafür, daß die Erregbarkeit der Vagina, falls sie vorhanden ist, im allgemeinen in diesem Alter rasch vorübergeht und gegenüber der erogenen Bedeutung

anderer Körperöffnungen, wie des Mundes, des Anus und der Urethra, die fortwährend direkte Reize empfangen, bald in den Hintergrund tritt.

Eine andere Seite des Problems, die m. E. die Ansicht, daß die Vagina schon in früher Kindheit libidobesetzt ist, stützt, ist gegeben durch die enge Beziehung zwischen Mund und Vagina bei der erwachsenen, sexuell voll entwickelten Frau.

Die frühere Anschauung über die Wege der Libido im Verlaufe der Entwicklung der weiblichen Sexualität nimmt an, daß die wichtigste Verlegung der Libido die in der Pubertätszeit von der Klitoris auf die Vagina erfolgende sei. Dies trifft in sehr vielen Fällen zu, ja vielleicht in den meisten von denen, die zur Psychoanalyse kommen, wobei übrigens die Verschiebung der Erogenität von der Klitoris auf die Vagina selten eine vollständige ist. Ich habe aber gleichwohl den Eindruck, daß die Beziehung zwischen Mund und Vaginalerotik häufig übersehen wird, und daß diese Verschiebung, wo sie vorhanden ist, möglicherweise eine Entwicklung darstellt, in der die femininen Tendenzen ziemlich unangefochten bleiben durften von den Konflikten, die mit der Klitorismasturbation verbunden sind.

Auf die Verknüpfung von Mund und Vagina ist von vielen Analytikern hingewiesen worden. Ernest Jones (17) berichtet, daß Freud in einem privaten Schreiben bemerkt habe, er sei überzeugt, daß die früheste Vorstellung eines weiblichen Kindes vom Koitus die Fellatio sei.

Viele Analytiker haben die Behauptung zu stützen versucht, daß zwischen Mund- und Vaginalerotik eine enge Verbindung besteht und daß die Vagina in früher Kindheit zeitweilig libidobesetzt gewesen sei. Ich selbst bin schon seit langem dieser Ansicht und fand Beweise dafür in der Analyse relativ normaler sowie anormaler Frauen.

Die Analyse einer gesunden, in ihren geschlechtlichen Funktionen vollentwickelten Frau ergab folgende Geschichte:

Sie war neun Monate an der Brust gestillt worden und zeigte kein auffallendes Trauma bei der Entwöhnung. Die Pflegerin, die sie seit ihrer Geburt betreute, erzählte ihr später, sie habe in ganz frühem Alter beim Empfang eines Kusses ihren Rücken steif gemacht und den Bauch in einer Weise vorgestreckt, daß eine sexuelle Erregung der Genitalgegend augenscheinlich war. Während ihrer ganzen Kinderzeit sträubte sie sich gegen einen Kuß auf den Mund. Mit sechs Jahren entdeckte sie die Klitoris, übte aber niemals klitoridale Masturbation aus. Während ihrer ersten Liebesaffäre fühlte sie vaginale Sensationen, wenn sie auf den Mund geküßt wurde, und hatte einen Traum, in dem ihr Liebhaber, dessen ganzer Körper den Penis darstellte, aus dem Wasser zu ihren Lippen aufstieg. Ihr erster vaginaler Orgasmus wurde durch die Erregung eines Kusses auf den Mund ausgelöst. In diesem Fall bestand keinerlei Neigung zu Perversionen. Die Unterdrückung der Klitoris-Masturbation war m. E. aus dem Grunde erfolgreich, weil der Boden für eine positive, genital-rezeptive Einstellung schon vorbereitet war, und zwar durch die Beziehung zwischen Mund und Vagina, die durch keinen übermäßigen oralen Sadismus verdrängt werden mußte. Es war ein günstiger Umstand, daß sie durch ihre Umgebung frühzeitig auf Interessen gelenkt wurde, die ihre ungewöhnlich starke Aufnahmefähigkeit und ihre männlichen Neigungen gleichermaßen zu befriedigen vermochten. Sie war freudig bereit, sich Kenntnisse jeder Art anzueignen, und

verlangte mit fünf Jahren darnach, zur Schule zu gehen. Von grundlegender Wichtigkeit war die Introjektion einer guten Mutterimago, auf der sie ihre Weiblichkeit aufbauen konnte. Damit verband sich eine frühzeitige positive Genitalbeziehung zum Vater.

Ein entgegengesetztes Bild bot eine andere Patientin, eine Frau mit großen Fähigkeiten, die leider nicht fruchtbar gemacht werden konnten. Auch hier beherrschten Oralerotik und eine starke Aufnahmebereitschaft die Entwicklung; diese war aber infolge des übermäßigen Oralsadismus zum Scheitern verurteilt. Die Analyse enthüllte einen Hintergrund voll von intensiver oraler Eifersucht vom paranoiden Typus, mit der sich eine lebhafte Besitzgier und eine heftige Neugierde, die sich auf das Innere des mütterlichen Leibes bezog, verbanden. Gleichzeitig richtete sich ihr Zerstörungstrieb auf die ungeborenen Kinder der Mutter und den Penis des Vaters. Offenbar war eine positive orale Beziehung zu beiden Eltern vorhanden, die von einer negativen, durch Eifersucht angefachten Phase abgelöst wurde. Ein wichtiger Punkt war die Feststellung einer frühen vaginalen Erregbarkeit und stark manifesten Sexualität. Ihre spätere Entwicklung ging nicht in die Richtung eines manifesten, reaktiven Männlichkeitskomplexes, sondern eines ungewöhnlichen Bemühens, abnorme psychische Kräfte auszubilden und eine besondere Begabung für Intuition, Gedankenlesen, Clairvoyance und Eignung zum spiritistischen Medium für sich in Anspruch zu nehmen. Eine solche Fähigkeit muß, sofern sie echt ist, in einer überdurchschnittlichen Fähigkeit, psychische Eindrücke aufzunehmen, in einer übernormalen psychischen Rezeptivität also, ihre Wurzel haben. Beiläufig möchte ich noch bemerken, daß diese Patientin gelegentlich schweren Anfällen von Depression unterworfen war.

Übermäßiger Oralsadismus — ganz gleich, wie er entstanden ist — verhindert das Kind, die Angstsituationen der frühen Entwicklungsphasen zu beherrschen. Daher haben die ersten Eindrücke von der Mutter oder, genauer gesagt, von der Mutterbrust, einen beängstigenden Charakter; das Kind hat seine eigenen Aggressionsgelüste auf sie projiziert. Diese angsterregenden psychischen Eindrücke bilden die Grundlage der ersten Eltern-Imago im kindlichen Gemüt. Man erkennt deutlich, daß diese Imago wahrscheinlich eher ein Resultat der intensiven kindlichen Angst darstellt als ein Bild des Charakters der wirklichen Mutter.

In ganz seltenen Fällen kann die Imago durch ein Schreckgespenst versinnbildlicht werden, welches das Ich des Kindes zu verschlingen und zu vernichten droht. Ein häufiges Symbol dieser Imago ist das Krokodil oder ein anderes gefräßiges Tier. Diese archaische Figur ist ein Sinnbild der Mutter mit dem väterlichen Penis in ihrem Bauche. Das kindliche Ich vermag zu einer solchen Imago keine Beziehung herzustellen, es kann sich nur von ihr abwenden und etwas suchen, was es vor ihr beschützt. Zuerst wendet es sich an den wirklichen Vater und verlangt nach dessen Penis, nicht nur aus dem direkten Drang des instinktiven Triebes, sondern auch aus dem Wunsch, sich vor der schreckeinflößenden Mutter zu schützen. Der Erfolg dieses Verlangens wird teils von seiner Intensität, teils von der entsprechenden Haltung des wirklichen Vaters abhängig sein.

Ich möchte daran erinnern, daß die Eltern-Imagines, die zuerst introjiziert werden, Teilobjekte sind, nämlich die Brust und der Penis, und daß dauerhafte

Identifizierungen nicht eher gebildet werden können, als eine gute Beziehung zu den Persönlichkeiten der wirklichen Eltern hergestellt ist.

In den beiden dargestellten Fällen wies ich kurz auf die Bedeutung der ersten oralen und vaginalen Libidobesetzung hin in ihrer Beziehung zur Aufnahmebereitschaft. Ich betrachte keinen der beiden Fälle als typisch für die psychische Entwicklung der Frau im allgemeinen. Sie wurden gewählt, um die unverdrängten oralen Äußerungen der Libido zu zeigen. Die phallische Phase ist wie gewöhnlich durch Klitoriserotik und Masturbation charakterisiert.

In seinem Artikel über die phallische Phase neigt Ernest Jones (18) der Ansicht zu, daß sie bei beiden Geschlechtern als Perversion betrachtet werden könne, die — wie alle Perversionen — der Funktion diene, irgend eine Möglichkeit der libidinösen Befriedigung bis zum Zeitpunkt des Wiedereinsetzens der heterosexuellen Entwicklung zu bewahren. Es spricht vieles für diese Auffassung; ich meine, man muß zugeben, daß der Männlichkeitskomplex der Frau nicht ausschließlich reaktiv ist, sondern häufig von einer frühen männlichen Identifizierung beherrscht wird, die sich in der phallischen Phase erheblich verstärkt. In diesen Fällen handelt es sich um Nichtvorhandensein der frühen weiblichen Identifizierungen oder um störende Einwirkungen auf dieselben.

II.

Die zweite Fähigkeit, die von der erwachsenen Frau im Zusammenhang mit ihrer Sexualfunktion gefordert wird, ist jene, periodisch große Veränderungen in ihrer Ich-Ökonomie durchzumachen. Mit anderen Worten: ihr sekundärer Narzißmus ist wiederholten Schwankungen unterworfen, die eine Folge eintretender Verarmungen oder Bereicherungen ihrer Libido sind.

Es ist schon viel über das Inferioritätsgefühl gesagt worden, das in der Kindheit durch die Entdeckung des anatomischen Unterschiedes erweckt wird. Der Beginn der Menstruation in der Pubertät erweckt aufs neue die frühen Angstgefühle, die das Körperinnere betreffen, sowie die spätere Angst über das Fehlen des Penis. Alle diese Befürchtungen, die sich in den Pubertätsphantasien ausdrücken, zeigen Angst vor Verlust, Verstümmelung und dergleichen.

Im Gegensatz zu der Pubertätsangst stehen die Befriedigung oder der Stolz darüber, die Reife erlangt zu haben und damit die Fähigkeit, gleich der Mutter Kinder gebären zu können. Wenn das Mädchen die früheren Phasen glücklich überwunden hat, ist es wahrscheinlich, daß ihr Ich sich auf Grund einer Identifizierung mit einer guten Mutter-Imago aufbaut und krankhafte Angstgefühle nicht vordringlich werden. Gleichzeitig stellt die normale Menstruation psychisch den Verlust eines Kindes dar, und daher ist es nicht überraschend, daß eine Reaktion auf diesen Verlust in gewissem Grade häufig vorkommt.

Gemäß der engen Beziehung zwischen Mund und Vagina wird der Kopulationsakt dem Saugeakt gleichgesetzt. Der Inhalt der Brust wird dem Körper genau so einverleibt wie der Inhalt des Penis. Das Ich wird in beiden Fällen psychisch bereichert, und wenn sich die Situation vollständig harmonisch gestaltet, kann auf ihrem Höhepunkt die volle Vereinigung zwischen Subjekt und Objekt stattfinden.

Der Empfängnisakt entspricht der Introjektion eines Objektes, und im psychischen Sinne wird der Embryo und später das sich entwickelnde Kind als eingeführtes Objekt betrachtet, das mit dem Über-Ich identisch sein kann. Die frühere Beziehung zwischen dem Ich und dem einverleibten Objekt, mit dem die Kind-Imago identifiziert wird, bestimmt vorzugsweise die Art der psychischen Bindung zwischen dem Ich der Mutter und der Imago des Kindes. Es gibt hier verschiedene Arten von Bindungen, ich kann aber nur einige davon erwähnen.

Wenn das Kind mit der geliebten Person identifiziert wird, die möglicherweise einer guten Vater-Imago entspricht, so wird die Libido von der Außenwelt abgezogen und das Ich durch die Introjektion bereichert. In physischer Hinsicht wird die Frau sich im Verlauf der Schwangerschaft normaler Gesundheit erfreuen, ohne zu erbrechen oder andere krankhafte Symptome zu zeigen; sie wird auch nicht den Anschein erwecken, als sei sie physisch verbraucht.

Bei Frauen, die die genitale Stufe nicht voll erreicht haben, werden die vorgenitalen Phantasien und Situationen im Unbewußten zu neuem Leben erweckt, wenn eine Empfängnis stattgefunden hat. Der Embryo wird daher dem Analprodukt gleichgesetzt. In der Phantasie folgt auf die Befruchtung durch den Mund die Geburt durch den Darm. Der Einfluß auf den Schwangerschaftsverlauf variiert je nach dem Grad der auftretenden psychischen Regression. Es gibt gewisse zwangsneurotische Frauen, denen es während der Schwangerschaft besser geht als zu irgend einer anderen Zeit — ihre neurotischen Symptome pflegen dann zu verschwinden. Diese Erscheinung geht auf den Umstand zurück, daß die Einverleibung des Objektes einem dringenden Bedürfnis bei ihnen entspricht. Diese Frauen legen großen Wert auf ihr persönliches Eigentum und ihr Geld. Ihr Penisneid und ihr Inferioritätsgefühl zeigen sich in ihrer Eifersucht auf andere Frauen, die solche Vorzüge aufweisen, die sie selbst nicht besitzen, und ihre größte Angst ist, ohne Geld, Besitz oder Nahrung zu sein. Geld ist für das Unbewußte dasselbe wie Milch oder wie jeder andere Inhalt des mütterlichen Leibes. Schwangerschaft bedeutet nicht nur den Besitz des gefürchteten und geliebten Objektes, sondern auch die Herrschaft über dasselbe und damit die Gewißheit, es behalten zu dürfen. Die ganze Situation zeigt übermäßige Ambivalenz gegenüber dem Objekt und den angestrengten Versuch, die Lage zu beherrschen, indem der Haß auf die Außenwelt projiziert und alle Liebe auf das Ich gerichtet wird.

Das geliebte Objekt als inneren teuren Besitz zu hegen, gibt ein Gefühl der Sicherheit. Die übermäßige Begierde nach Besitz stammt bei der Frau von diesen Tendenzen her, die zu der späteren analen Entwicklungsstufe gehören. Der Wunsch des Behaltenwollens ist vorherrschend. Das ungeborene Kind gibt mehr Befriedigung als das Kind nach der Geburt, weil das außen befindliche Objekt eine Gefahr bedeutet. Ebensowohl kann man behaupten, daß das Kind nur als ein Teil der Mutter Liebesobjekt sein darf. Der beschränkte sekundäre Narzißmus der Mutter kann die Entziehung von Libido nicht ertragen, welche die äußere Existenz des Kindes von ihr fordert. Es gibt eine ganze Anzahl Charakterzüge, die von dem Wunsche herstammen, zu besitzen, um zu behalten. Einige davon sind von großem sozialem Wert. Der überbetonte Wunsch, zu besitzen, zeigt deutlich, daß der letzte Schritt in der Entwicklung der weiblichen Funktion nicht vollständig geglückt ist.

Die psychische Gleichstellung des Embryo mit dem Analprodukt gibt nicht immer das Gefühl der psychischen Sicherheit und Bereicherung. Wenn die Empfängnis die infantilen Angstsituationen der oralen und analen Phasen der Libidoentwicklung reaktiviert, so ist es wohl möglich, den Embryo mit einem gefährlichen Objekt zu identifizieren und ihn dem gefährlichen inneren Verfolger gleichzusetzen, der uns aus Fällen von Paranoia vertraut ist. Somatische Symptome drängen sich an die Oberfläche, sie stellen den Versuch dar, das gefährliche verinnerlichte Objekt auszustoßen, zu beherrschen oder zu zerstören. Ein solches gefährliches introjiziertes Objekt wirkt im Psychischen wie ein Fremdkörper, da es gehaßt und nicht geliebt wird. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Ich und Objekt, und die Störung der Ich-Integrität, welche die Regression mit sich bringt, geht mit Triebentmischung einher. Die Situation wird als stark angstauslösend empfunden — diese akute Angst betrifft einen inneren Konflikt, in welchem das Ich mit dem Tode bedroht wird. Oft wird ein Versuch gemacht, die Aggression nach außen zu projizieren.

Eine Patientin, die an paranoider Eifersucht litt, hatte in ihrer Kindheit reale Leiden und Entbehrungen ausgestanden, weil ihre Mutter ungewöhnlich oft schwanger war. Die Patientin unterbrach selbst ihre eigene erste Schwangerschaft, und ebenso die einer Freundin. Sobald eine neue Schwängerung in Frage kam, zeigten sich akute Symptome: Schmerzen, Überdehnung und Diarrhöe. Diese Symptome waren vorübergehende und stellten einen Angriff auf das Kind im Uterus und auf den Penis dar, mit dem das Kind identifiziert wurde. Die Diarrhöen versinnbildlichten ihren Wunsch nach dem Abortus.

Ist die Tendenz, zu abortieren, psychisch determiniert, so ist sie mit stürmischen Konflikten verbunden, in deren Mittelpunkt die Identifizierung des Embryo mit den Analprodukten steht.

Wenn wir die enge Parallele zwischen oralen und vaginalen Funktionen weiterverfolgen, müssen wir erwarten, daß die orale Einverleibung allmählich

von dem Wunsch nach Ausstoßung abgelöst wird. Auf der oralen Stufe ist in der Regel Ambivalenz vorhanden, und der Wunsch, abzustoßen, pflegt dem Wunsch des Behaltenwollens schnell zu folgen. Eine physiologische Parallele ist die Defäkation nach dem Essen. Das Erbrechen während der Schwangerschaft weist auf die Wiederbelebung der Ambivalenz der oralen und analen Stufe hin.

Nach Helene Deutsch (10) steht der Geburtsakt in direktem Zusammenhang mit der Ambivalenz, die sich mit dem Heranreifen des Kindes im Uterus verstärkt; dieses nimmt allmählich die Bedeutung eines äußeren Objektes an und zieht in wachsendem Maße die Ich-Libido auf sich. Es ist zweifellos richtig, daß das Kind im Mutterleib psychisch von der Mutter als ein äußeres Objekt betrachtet werden kann, besonders in den späteren Monaten der Schwangerschaft. Interessant ist die Feststellung, daß während der Schwangerschaft und Geburt die Aufmerksamkeit der Frau vorwiegend auf ihr Körperinneres gerichtet ist. Ihre Einstellung gleicht derjenigen, die wir in jener infantilen Phase beobachten, wo die Phantasien gleichfalls mit dem vermutlichen Inhalt des eigenen oder des mütterlichen Leibes beschäftigt sind. Auf dieser Stufe wird wahrscheinlich der Inhalt des Körpers psychisch als außerhalb desselben befindlich erlebt. Das ist dem Umstand zuzuschreiben, daß die Mechanismen der Projektion und Introjektion vorherrschen und die Beziehung zwischen äußerer und innerer Realität unklar ist.

Bei Frauen, die im Besitz einer vollständig entwickelten Genitalfunktion sind, möchte ich den Geburtsakt keineswegs als Folge einer Ambivalenz ansehen. Die Annahme einer solchen Auffassung würde bedeuten, daß der Geburtsakt von der Frau psychisch mit Notwendigkeit als Aggression aufgefaßt werden muß. In welchem Grade die Geburt für die Frau eine Aggression darstellt, hängt davon ab, wie weit sie Sexualität und Aggression identifiziert oder, mit anderen Worten, um wieviel ihre prägenitalen Triebe stärker sind als die genitalen. Wenn die genitale und saugende Funktion voll entwickelt und die Frau zur Objektliebe fähig ist, wird der Geburtsakt — obwohl er eine dramatische Erfahrung voll starker körperlicher und seelischer Veränderungen bedeutet — nicht notwendig als Angriff empfunden.

In psychischer Hinsicht hängt viel davon ab, ob die Trennung von Mutter und Kind für die erstere unbewußt eine Verstümmlung und einen Verlust bedeutet oder aber einen unbewußt determinierten produktiven Akt. Hanns Sachs (20) betont besonders die Fähigkeit der gesunden Mutter, ihrem Ödipusobjekt zu entsagen, nicht weil sie mit Kastration bedroht ist, sondern aus einem ihr innewohnenden Entsagungsdrang. (Er beschreibt die Bildung eines weiblichen Über-Ichs auf der Grundlage eines Entsagungstriebes, der die psychische Introjektion des Objektes zur Folge hat.)

Ich möchte annehmen, daß der Entsagungstrieb durch den positiven Wunsch ersetzt werden kann, in der Situation des Geburtsaktes zu schenken und zu

erschaffen, und daß dies in völligem Einklang mit dem Vorbild der Zeugungsfunktion steht. Der psychische Ersatz für den Verlust an Libido ist das in die Welt geborene Kind, in der es ein äußeres Liebesobjekt darstellt. Einen ebensolchen Ersatz bilden die Beruhigung und Bemeisterung der Angst, welche das Erlebnis der Geburt selbst mit sich bringt.

Offensichtlich ist das primitive Modell der reproduktiven Funktion bei der durchschnittlich gebildeten Frau weitgehend verändert, und zwar durch die Verdrängung, welche die Sphinktermoral und die Bildung des Über-Ichs zur Folge hat. Die Störung der Funktion stellt zumindest einen Teil des Preises dar, den man der Kultur zu zahlen hat. Daher findet sich die Durchschnittsfrau widerstreitenden Impulsen gegenübergestellt, die von der durch die ganze Schwangerschaft sich hinziehenden seelischen Beziehung zwischen Mutter und Embryo herrühren. Nach überstandenen Geburtswehen fühlt sich die Frau wahrscheinlich hilfloser und psychisch abhängiger von ihrem Manne als zu irgend einer anderen Zeit. Die verschiedensten Umstände bringen das zuwege. Es gibt dabei vor allem zwei wichtige Determinanten: zuerst die Tatsache, daß die Frau als ein lebendiger Organismus eine Reihe von erschöpfenden körperlichen und seelischen Vorgängen erlebt hat, die von ihr die Mobilisierung und Bewältigung starker physischer und psychischer Spannungen erforderten; zweitens das Gefühl von Hilflosigkeit, das die verhältnismäßig starke Isolierung des bewußten Ichs und die Unmöglichkeit, den Vorgang aktiv zu beherrschen oder zu beeinflussen, hervorzurufen pflegt. Der Grad, bis zu dem diese Hilflosigkeit empfunden werden kann, variiert je nach dem psychischen Niederschlag des ganzen Erlebnisses.

Jene Fälle, bei denen im Unbewußten eine Identifizierung des Kindes mit dem Analprodukt vorherrscht, können den Geburtsakt wie eine Vergewaltigung oder eine Beraubung oder als eine Aggression von innen her erleben. Was immer auch die unbewußte Determinierung der widerstreitenden Impulse sein möge, sie finden ihren Ausdruck in den in der Muskelaktion sichtbar werdenden entgegengesetzten Kräften, nämlich in dem Versuch des Uterus, auszutreiben, wobei er auf den Widerstand des unteren Beckens und der Beckenbodenmuskulatur stößt, deren Kontraktion und Rigidität eben den Kraftaufwand des Behaltenwollens repräsentieren.

Die Untersuchung der psychischen Grundlage dieses Konfliktes bringt zutage, daß die Angst vor der Entbindung dann besonders groß ist, wenn das Kind mit einem aggressiven, inneren Objekt identifiziert wird. Dadurch können viele unbewußte Phantasien geweckt werden, von denen ich nur einige erwähnen will.

Zuerst nenne ich die Phantasie, dieses Objekt als gefährlichen, unfreiwilligen Gefangenen zurückzuhalten. Möglicherweise wird befürchtet, daß es eine innere Verbrennung oder Explosion verursachen oder das Innere des Leibes in Stücke reißen werde. Die Befürchtungen stammen von unbewußten infantilen

urethralen und analen Geburtstheorien, die den Embryo mit den Exkretionsprodukten gleichsetzen. Wir können beobachten, wie sie im Leben des Kindes ausgespielt werden, wenn es um die willkürliche Beherrschung der Exkretionsvorgänge kämpft. Sodann finden wir Angstvorstellungen, die der Realität näherkommen und sich mit der vergleichsweisen Größe des Kindes und der Geburtswege befassen. Diese sind mit der Angst vor dem großen Penis verknüpft. Unsere Einsicht in den psychologischen Konflikt, der wahrscheinlich mit dem Geburtsakt verbunden ist, zeigt, daß er auf einen Kampf zwischen dem Wunsch, etwas psychisch Wertvolles zu bewahren und damit einer Verarmung der Ich-Libido vorzubeugen, und der Furcht, ein gefährliches Objekt zurückzuhalten, hinausläuft.

Eine Versöhnung zwischen den widerstreitenden Empfindungen wird vor allem dann erreicht, wenn das ungeborene Kind nicht als angreifendes Objekt gefürchtet wird, und zweitens, wenn für die Frau die Aufrechterhaltung ihres sekundären Narzißmus von dem Besitz eines Penisersatzes unabhängig ist; drittens, wenn die beiden ersten Befürchtungen nicht vorhanden sind und zwischen dem Wunsch, zu behalten, und jenem, herzugeben, eine Koordination besteht. In diesem Falle wird das Gefühl des Verlustes infolge der Hergabe durch den Stolz auf das Produkt, das psychisch noch in der Außenwelt als ein Teil des Selbst angesehen werden kann, ausgeglichen.

Nach erfolgter Geburt ist die erfolgreiche Säugetätigkeit der letzte Akt der weiblichen Fortpflanzungsfunktion. Die Beziehung der stillenden Mutter zum Säugling wird aufs tiefste beeinflußt von ihrer unbewußten Einstellung zur eigenen Mutter. Wenn der Sadismus der prägenitalen Stufe niemals befriedigend bewältigt worden ist, wird vor dem Stillen Angst empfunden. Ich habe zwei Typen von Phantasien beobachtet, die mit der Angst der säugenden Mutter in Verbindung standen.

Ich nenne zuerst jene, die der Brust die Bedeutung des mütterlichen Körpers verleihen. In diesen Fällen wird die Brust als alle jene Objekte enthaltend gedacht, deren Vorhandensein man im Leibe der Mutter argwöhnt. Hauptsächlich den väterlichen Penis, Kinder und Kot. Der Penis wird in der Brustphantasie häufig als eine große Schlange dargestellt, die sich in der Brust verbirgt; Kinder sind kleine Schlangen, und der Kot wird durch braune Färbung, Streifen und Fäden bezeichnet.

Vielleicht erinnert sich der Leser des Chaplinfilms „Lichter der Großstadt". Darin sieht man Charlie in einem Nachtklub Spaghetti und unendlich lange Bänder essen, — später rettet er ein blindes Mädchen, und in einer anderen Szene läßt er es geschehen, daß sie die Wollfäden seiner Weste zu einem Knäuel aufwickelt. Die wollene Schnur kommt von der Brustseite; in symbolischer Weise erstattet er somit dem Mutterersatz die Brust und deren Inhalt zurück, die er im Nachtklub sozusagen bildlich verzehrt hat.

Bei zwei Patientinnen mit paranoiden Zügen fand ich bewußte Angst vor

der bräunlich gefärbten Brust. Der Umstand, daß gewöhnlich eine kreisrunde braune Pigmentierung die funktionierende Brustwarze umgibt, ist natürlich für dieses Angstgefühl ein wichtiger Anreiz.

Wenn daher die Brust dem Mutterleib gleichgesetzt wird,[4] so befürchtet die Mutter einen Angriff des Kindes, auf das sie ihren eigenen unterdrückten Oralsadismus projiziert. Falls sie sich mit dem Kinde identifiziert und die Brust als gleichbedeutend mit dem gefährlichen einverleibten Objekt betrachtet, ist sie besorgt, das Kind könne durch ihre Milch vergiftet oder geschädigt werden.

Eine zweite Gruppe von Fällen identifiziert die Brust mit dem Penis des Vaters, und das Inferioritätsgefühl wird besänftigt, wenn das Säugen in befriedigender Weise durchgeführt werden kann. Ich bin durch meine Beobachtungen zu der Ansicht gekommen, daß die Mutter eine positivere und dauerhaftere Beziehung zu den Kindern hat, die sie gestillt hat, als zu denjenigen, die sie nicht selbst nähren konnte. Dieses Thema ist so weitläufig, daß es nicht möglich ist, in dem begrenzten Umfange dieser Arbeit mehr zu tun, als eine summarische Aufzählung der Sicherungen zu geben, die eine Mutter durch das erfolgreiche Stillen ihres Kindes gewinnen kann.

1. Insofern das Kind einen Ersatz für das Über-Ich darstellt, versöhnt sie sich mit diesem.

2. Sie bekommt eine gute unbewußte Einstellung zu dem Stellvertreter der introjizierten elterlichen Imago.

3. Sie beweist, daß ihre infantilen aktiven und passiven Oralphantasien keinen destruktiven Charakter haben.

4. Die unbewußte Identifizierung von Brust und Penis befriedigt ihren Penisneid und trägt somit dazu bei, ihr Inferioritätsgefühl zu verringern.

5. Sie erreicht glücklich das Endstadium der weiblichen Zeugungsfunktion, indem sie „hergibt".

6. Die psychischen Verluste an Libido, die durch den Geburtsakt erlitten werden, werden durch Identifizierung von Kind und Mutter im Stillungsakt wieder ausgeglichen.

Ich möchte an dieser Stelle wieder hervorheben, daß es meine Absicht gewesen ist aufzuzeigen, daß die Frau bei der Erfüllung ihrer Zeugungsfunktion ihr Ich den wiederholten Verarmungen und Bereicherungen der narzißtischen Libido anzupassen hat.

III.

Dieser Abschnitt handelt von der Notwendigkeit, diejenigen männlichen Triebe zu sublimieren, welche vom Vorhandensein einer primären männlichen Identifizierung abhängen. Ich deutete bereits an, daß der im

4) Ich möchte im Zusammenhang mit diesen Phantasien daran erinnern, daß manche infantile Geburtstheorie das Kind aus der Brust kommen läßt.

späteren Leben auftretende Männlichkeitskomplex wahrscheinlich auf die Flucht vor der Weiblichkeit zurückzuführen ist. Indessen beabsichtige ich nicht, das Vorhandensein einer frühen männlichen Identifizierung, die nicht reaktiver Natur ist, in Abrede zu stellen.

Offenbar kann die frühe Introjektion einer Vater-Imago, der spätere Identifizierungen folgen, zum Teil durch konstitutionelle, zum Teil aber durch milieubedingte, mit den Eltern zusammenhängende Faktoren determiniert werden. Es ist die Aufgabe des Analytikers, die Bedeutung der verschiedenen Determinanten miteinander zu vergleichen. Wenn die Vater-Identifizierung vorherrschend ist, wird die oralrezeptive Beziehung zur Mutter sehr bald von einer aktiv-aggressiven, ambivalenten Einstellung abgelöst, in der das kleine Mädchen ein Rivale des Vaters ist. Die Klitorismasturbation wird dann häufig verlängert oder niemals ganz aufgegeben, und die schließliche „Realisierung" der Kastration fällt nicht mit einer Belebung und Verstärkung der weiblichen Rezeptivität zusammen, sondern mit einer Verstärkung des Penisneides und der Rachephantasien.

Zweifellos mag die Gelegenheit, männliche Triebe in einer günstigen Umgebung zu sublimieren, das kleine Mädchen befähigen, sowohl reaktive wie direkte maskuline Tendenzen zu vermeiden. Die Sublimierung kann durch die Gewalt der aggressiven, durch Versagung gesteigerten Impulse gehemmt werden.

IV.

Die vierte Charakteristik der Weiblichkeit, wie ich sie in meiner Aufzählung beschrieb, enthält Züge, die bereits behandelt worden sind, und stellt einen Versuch dar, die wesentlichste weibliche Eigenschaft zu formulieren.

Ich beschrieb sie als „einen Wunsch, zu empfangen und zu behalten, eng verbunden mit dem Verlangen, herzugeben". Der Wechsel der Einstellung ist ein wesentlicher Bestandteil der Sexualfunktion. Aus der Beziehung dieser Koordination zu den im Zusammenhang mit dem Sexualakt und der Zeugungsfunktion dargestellten psychischen Mechanismen können wir ersehen, daß jede Situation die Koordination in einem gewissen Ausmaß erfordert. Offensichtlich gibt es starke Schwankungen in der relativen Wichtigkeit der beiden Einstellungen, doch können wir den Grad derselben erkennen, wenn wir die enge Beziehung zwischen Psyche und Physis verstehen.

Ich werde zuerst den weiblichen Orgasmus behandeln. Eine Untersuchung der physischen Seite zeigt uns, daß der vaginale Orgasmus, welcher von Muskelkontraktionen des Uterus begleitet zu sein pflegt, von jenem Orgasmus zu unterscheiden ist, der mit der Klitoriserotik zusammenhängt. Beide können und, wie mir scheint, sollen miteinander verschmelzen, aber meist sind sie gut voneinander zu unterscheiden. Der vaginale Orgasmus hat einen saugenden Charakter, und in einzelnen Fällen kommt es vor, daß sich der Uterus tatsächlich leicht in das Becken zurückzieht. Der klitorale Orgasmus

hat etwas vom Charakter einer Entladung an sich und gleicht mehr dem männlichen Orgasmus.

Wenn man die Ursachen der Hemmung des Orgasmus analytisch untersucht, findet man mindestens vier Typen von Phantasien, die mit der Angst der Frau vor Aggression, sei es ihrer eigenen oder der des Mannes, zusammenhängen. Die Phantasien des ersten Typus beinhalten Tendenzen zum Beißen, Behaltenwollen und Stehlen auf Grundlage der Identifizierung der Vagina mit einem beißenden Mund. Die Hemmung des Vaginalorgasmus ist mit diesen Phantasien aufs engste verknüpft.

Der zweite Typus hat einen aktiven aggressiven Charakter. Diese Phantasien, für die die orgastische Entladung einen Angriff mit Exkrementen bedeutet, was häufig in Form von Angst vor dem Ertrinken oder Bombardiertwerden dargestellt wird, haben — infolge der frühzeitigen engen Beziehung zwischen Darm und Vagina — die Hemmung beider Arten von Orgasmus zur Folge. Ich habe den Eindruck, daß zuweilen die Aggression der Vagina, die mit dem (beispielsweise durch einen Vulkan dargestellten) Darm identifiziert wird, stärker hervortritt, zuweilen aber die Identifizierung der Klitoris mit einem verinnerlichten aggressiven Objekt, das mit Exkrementen angreift. Beide Befürchtungen sind in der Angst vor dem Verlust der Selbstkontrolle mitenthalten.

Der dritte Hemmungstypus ist mit sadistischen Geburtsphantasien verknüpft, in denen der Leib zerstört wird. Das Kind wird mit einem sadistischen inneren Objekt identifiziert, das wiederum durch die Klitoris repräsentiert wird. In diesem Fall ist es der Klitorisorgasmus, der verdrängt wird.

Viertens gibt es aggressive Phantasien aller Art, die auf den Sexualpartner projiziert werden. Der Penis wird als aggressives Organ betrachtet, vor welchem der Leib beschützt werden muß. Die letzte Gruppe kommt dem Bewußtsein am nächsten und verbindet sich mit einem Angstgefühl, das sich auf die relative Größe des Penis und der Vaginalöffnung bezieht. Relative oder absolute Frigidität ist das manifeste Symptom dieses Konfliktes.

Ich habe die Wirksamkeit der offenbar entgegengesetzt gerichteten Kräfte im Geburtsakt aufgezeigt. In psychischer Hinsicht muß der unbewußte Wunsch „herzugeben" an die Stelle des Wunsches „zurückzuhalten" treten. Es ist leicht zu verstehen, daß, wenn durch Wiederbelebung einer im Unbewußten fixierten infantilen Gefahrsituationen Angst entsteht, diese die Empfängnisfunktion in eine Tendenz, zurückzuhalten, umwandeln kann. Wenn die Notwendigkeit eintritt, „auszustoßen", wird der psychische Konflikt neu belebt und manifestiert sich physisch in Rigidität und Widerstand der Weichteile oder schwächlichen Kontraktionen der Gebärmutter.

Von einem allgemeineren Standpunkt aus sollte man richtiger sagen, daß die psychische Fixierung die Elastizität hemmt, die für eine rasche Anpassung an neue und gegensätzliche Ansprüche erforderlich ist.

Beim Säugen ergibt sich dieselbe Notwendigkeit, sich dem Kinde im Tempo und in der Quantität anzupassen. Wenn die Brust psychisch mit dem guten Objekt identifiziert wird, das ein Teil des Ichs ist, dann ist die Einstellung zum Kinde leicht und elastisch, und die Zurückhaltung sowie die Hergabe der Milch werden unbewußt geregelt. Wird dagegen die Brust mit einer bösen Mutter-Imago psychisch identifiziert, so identifiziert sich das Ich der Frau mit ihr nicht und nimmt daher nur geringen Anteil an der Ausübung der Funktion, die sie wahrscheinlich mit Furcht und Widerwillen betrachtet. Eine bestimmte und angemessene Milchversorgung kann bei der Frau offenbar nur durch eine optimale Koordination von Sekretion, Zurückhaltung und Hergabe gesichert werden. Daß affektive Faktoren die Milchproduktion beeinflussen, hat man lange vor dem Auftreten der Psychoanalyse erkannt. Aber mit ihrer Hilfe ist es uns möglich, die Natur und Geschichte der psychischen Geschehnisse, welche die emotionelle Empfänglichkeit bestimmen, zu enthüllen.

*

Ich habe in dieser Abhandlung versucht, zu zeigen, daß die Weiblichkeit der erwachsenen Frau von ihr die Fähigkeit verlangt, zum Zwecke der Erfüllung ihrer vollständigen Sexualfunktion körperliche und seelische Veränderungen zu erdulden und sich ihnen anzupassen. Die spätere Beziehung der Mutter zu ihrem Kinde erhebt in verschiedenen Situationen dieselben Forderungen. Wo diese elastische Anpassungsfähigkeit fehlt, richtet sich das Hauptinteresse auf das Kind als Besitz. Eine Unabhängigkeit seitens des Kindes kann nicht ertragen werden; sie verletzt den Narzißmus der Mutter aufs schwerste.

Kurz nachdem ich die vorliegende Arbeit in der medizinischen Sektion der British Psychological Society vorgetragen hatte, las ich Alexanders Abhandlung „Über den Einfluß psychischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen“ (vgl. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XXI, 1935). Er sagt dort: „Ich bin überzeugt, daß die Analyse der Gefühlseinstellungen des Individuums zu seiner Umgebung in den Ausdrucksformen dieser drei Haupttendenzen

1. Empfangen und Nehmen,
2. Behalten,
3. Geben

sich nicht nur für das Verständnis der Magen-Darmstörungen nützlich erweisen, sondern daß ihr auch eine allgemeinere Bedeutung zugesprochen werden wird.“

Das Ziel meiner Arbeit ist der Versuch, zu beweisen, daß diese drei Tendenzen für die Weiblichkeit von besonderer Bedeutung sind.

Literatur.

1. Sigm. Freud: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. XXXIII. Vorl. „Die Weiblichkeit". Ges. Schr., Bd. XII.
2. Sigm. Freud: Int. Ztschr. f. Psa., XVII, 1931, oder: Ges. Schr., Bd. XII.
3. Franz Alexander: Review of Freud's New Introductory Lectures. PsA. Review, XXI, 1934.
4. Karen Horney: Zur Genese des weiblichen Kastrationskomplexes. Int. Ztschr. f. Psa., IX, 1923.
5. Helene Deutsch: Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktionen. Int. Psa. Verl., Wien, 1925.
6. Melanie Klein: Die Psychoanalyse des Kindes. Int. Psa. Verl., Wien, 1932.
7. Jeanne Lampl-deGroot: Zur Entwicklungsgeschichte des Ödipuskomplexes der Frau. Int. Ztschr. f. Psa., XIII, 1927.
8. Ernest Jones: Die erste Entwicklung der weiblichen Sexualität. Int. Ztschr. f. Psa., XIV, 1928.
9. Marjorie Brierley: Some Problems of Integration in Women. Int. Journ. of PsA., XIII, 1932.
10. Joan Riviere: Review of Sigm. Freud's Introductory Lectures. Int. Journ. of PsA., XV, 1934.
11. Ella Sharpe: Specific Unconscious Determinants of Pure Science an Pure Art. Int. Journ. of PsA., XVI, 1935.
12. Franz Alexander: siehe 3.
13. Hanns Sachs: Über einen Antrieb bei der Bildung des weiblichen Über-Ichs. Int. Ztschr. f. Psa., XIV, 1928.
14. Josine Müller: Ein Beitrag zur Frage der Libidoentwicklung des Mädchens in der genitalen Phase. Int. Ztschr. f. Psa., XVII, 1931.
15. Melanie Klein: siehe 6.
16. Karen Horney: 1. siehe 4; 2. Die Verleugnung der Vagina. Int. Ztschr. f. Psa., XIX, 1933.
17. Ernest Jones: Die phallische Phase. Int. Ztschr. f. Psa., XIX, 1933.
18. Ernest Jones: siehe 17.
19. Helene Deutsch: siehe 5.
20. Hanns Sachs: siehe 13.

Das psychische Trauma und die Handhabung der Übertragung[1]

(Die letzten Arbeiten von S. Ferenczi zur psychoanalytischen Technik)

Von

Richard Sterba

Wien

Ferenczi, unter den Aposteln der Analyse der fruchtbarste, regste, vielseitigste, hat in den letzten Jahren seines Lebens sich erneut auf die technischen Probleme der Analyse geworfen und hier mit seltener Frische und Jugendlichkeit Wege neu gebahnt, die im fortschreitenden Zuge der Analyse bereits waren verlassen worden, und auf denen er nun meinte, neues therapeutisches Erleben zu gewinnen, oder, wie er selbst es im Vergleich ausdrückt, „auf neue Goldadern in den vorläufig verlassenen Stollen zu stoßen".

Diese Bemühungen ergaben sich ihm in Konsequenz des Ausbaues seiner „aktiven Technik". In der aktiven Technik hatte es sich darum gehandelt, Spannungserhöhungen zu erzielen durch den Zwang, tief versteckte Regungen nicht nur zu bekennen, sondern sie vor dem Arzte zu agieren. Dieses Erlebnis in der Wiederholung vor dem Arzt sollte jene Regungen dem Bewußtsein zugänglicher machen und der Beherrschung durch dasselbe unterwerfen.

Die Gefahr, die dieses Verfahren mit sich brachte, lag in den Widerständen des Ichs, das dadurch in Gegensatz zum Analytiker kam, und Ferenczi sah sich gezwungen, auf dem Homburger Kongreß ein Stück seiner Ratschläge zur „aktiven Technik" zurückzunehmen. Ferenczis therapeutisches Bemühen, sein, wie sein Meister es im Nachruf genannt hat, „übermächtiges Bedürfnis, zu heilen und zu helfen", ließ ihn auf die andere Seite der analytisch-therapeutischen Einstellung hinüberschnellen.

Auf dem Innsbrucker Kongreß, in seinem Vortrag „Das Problem der Beendigung der Analysen" (Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XIV, 1928, S. 1), stellte Ferenczi die Forderung nach „unerschütterlichem Wohlwollen" auf, das der Analytiker dem Patienten entgegenbringen müsse, mag sich letzterer in seinem Benehmen und in seinen Äußerungen noch so ungebührlich gebärden. Dieses

1) Referat, gehalten auf der von der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, der Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület, der Società Psicoanalitica Italiana und der Psychoanalytická skupina v Č. S. R. zu Pfingsten (8. bis 10. Juni) 1935 in Wien veranstalteten Vierländertagung. — Dieses Referat, das nichts Eigenes darstellen, sondern nur bereits im Druck Vorliegendes in Erinnerung bringen will, ist ein einleitendes vom Charakter einer Ouverture, die als Eingang in das eigentliche Geschehen dient, in der aber sowohl Vorbereitung der Stimmung wie thematische Andeutung des Künftigen, also in diesem Falle des Symposions, in aller Kürze die Aufgabe ist.

Wohlwollen müsse dabei ein ehrliches und ungeheucheltes sein und von einer Standfestigkeit und Unbegrenztheit, daß daran alle Versuche des Patienten, die „Tragfähigkeit der Geduld des Analytikers auf die Probe zu stellen", zum Scheitern kommen. An diesem Wohlwollen geschehe die Korrektur der Kindheit und der ihr entsprechenden, also auch der neurotischen Reaktionen; der Vergleich zwischen dem Verhalten des Analytikers und dem unvernünftigen, affektiven Verhalten der Erzieherpersonen der Kindheit bringe dem Patienten die Möglichkeit zu einer mehr-minder raschen Veränderung im günstigen Sinne.

Und auch in der Analyse selbst verändere sich die Einstellung des Patienten nach dem wirkungslosen Verpuffen der provokatorischen Aggressionen. Versteckte Ansprüche auf Zärtlichkeit und Liebe treten in „naiver Offenheit" zutage. — Diese Naivität der Äußerung zärtlicher Bedürfnisse, das Kindliche der Äußerungsform derselben, war das Nächste, das Ferenczi auffiel und das er bei seinen Patienten zu erreichen trachtete. Dazu diente ihm ein technisches Mittel, das an das Ich der Patienten sich wandte, nämlich die Aufforderung zur Relaxation, d. h. zu vollständigerer Hingebung an die ganz spontan auftauchenden inneren Eindrücke, Tendenzen und Emotionen.

Es liegt dem Relaxationsprinzip eine Tendenz nach erhöhter Emotionalität in der Analyse zugrunde, eine Tendenz, die wir schon an dieser Stelle als eine regressive auf die Katharsis hin bezeichnen können.

Zur Erreichung dieser maximalen Emotionalität im analytischen Prozeß bedarf es aber nach Ferenczi mehr denn bloß des noch immer rein rezeptiven Wohlwollens. Da in solchen dramatisch-emotionalen Momenten das Ich des Patienten auf eine tief infantile Stufe sinkt, werde die gelassen-erwachsene Haltung des Analytikers als störend empfunden, sie brächte die emotionalen Quellen zum Versiegen, d. h. also in neuerliche Verdrängung. Der Analytiker habe daher ebenso wie der Patient auf die infantile Stufe, der das emotionale Erleben des im Ich regredierten Patienten jeweils entspricht, abzusteigen; er muß den Rückfall ins Kindliche mitmachen, will er ihn nicht beim Patienten stören. Ferenczi nennt diesen technischen Kunstgriff „Spielanalyse". Die gestellten Fragen, die Auskünfte, die Anregung zur weiteren Produktion müssen, soll das infantile Spiel zwischen Analytiker und Patienten nicht brüsk und schädlich unterbrochen werden, ganz auf der Stufe des regredierten Patienten stehen. Es war ein erstaunlicher und neuer Eindruck, den die Schilderung Ferenczis in seinem Vortrag zum 75. Geburtstag Sigmund Freuds in der Wiener Vereinigung machte, als er von einem im besten Mannesalter stehenden Patienten folgendes berichtete:

„Auf einmal — mitten im Gespräch — schlingt er seinen Arm um meinen Hals und flüstert mir ins Ohr: ‚Du Großpapa, ich fürchte, ich werde ein kleines Kind bekommen.' Da", so hieß es weiter, „verfiel ich auf die, wie es mir scheint, glückliche Idee, ihm zunächst nichts von Übertragung und dergleichen zu sagen, sondern in gleichem Flüsterton die Rückfrage an ihn zu

richten: ‚Ja, warum glaubst du denn das?'" Man konnte beim Anhören dieses Berichtes nicht umhin, von der Wärme und Anteilnahme, die im Tonfall der Rückfrage lagen, stark berührt zu sein. Der Vortrag war überschrieben „Kinderanalysen mit Erwachsenen". Man hätte ihn nennen können „Kinderanalysen mit durch die Relaxation regredierten Erwachsenen".

Es sind also zwei technische Neuerungen, die uns Ferenczi in seinen letzten Arbeiten vorschlägt, die Relaxation und die Spielanalyse, dazu kommt als Hilfsmittel die erhöhte Suggestion und Ermutigung zur Phantasiebildung.

Aber Wohlwollen, Relaxation und Mitregression des Analytikers aufs Infantile sind ihm nicht genug an technischen Hilfsmitteln zur Erreichung tiefer Ich-Regressionen beim Patienten. Der Analytiker habe noch ein störendes Moment an sich selbst zu beseitigen. Er habe die „Sprachverwirrung zwischen Erwachsenen und Kindern" völlig aufzuheben. In ihren Trancezuständen, auf die ich im zweiten Teil meiner Ausführungen zu sprechen kommen werde, erreichen die Patienten eine erstaunliche Clairevoyance für die Wünsche, Tendenzen, Launen, Sympathien und Antipathien des Analytikers, mögen diese dem Analytiker nun bewußt sein oder nicht. Die Kritik an diesen Gefühlseinstellungen und die aggressive Reaktion darauf werden vom Patienten aus Angst unterdrückt und durch Identifizierung mit dem Analytiker ersetzt. Da diese Vorgänge infolge der Gleichartigkeit im Verhalten des Analytikers und der Erzieherpersonen in der Kindheit in eine Wiederholung des pathogenen Prozesses auslaufen, müsse der Analytiker auch dieses letzte Hindernis für eine veränderte Reaktionsweise des Patienten beseitigen, die „Hypokrisie der Berufstätigkeit" fallen lassen und alle Regungen negativer Natur und alle passagère Gleichgültigkeit dem Patienten offen einbekennen, worauf übrigens keineswegs eine negative Reaktion erfolge, sondern eine „merkliche Erleichterung"; „ja das ganze Niveau der Persönlichkeit schien sich daraufhin zu heben", heißt es in Ferenczis letzter Arbeit.

Wenn wir uns vor Augen halten, was denn das neue technische Rüstzeug Ferenczis und seine Verhaltungsvorschriften für den Analytiker bedeuten, so müssen wir sagen, daß sie ein fast übermenschliches Eingehen, Angliedern, Einleben, Einfühlen, man könnte sagen, Einagieren in den Patienten darstellen. Ferenczi selbst nennt sein Verfahren eine „Verzärtelung", an anderer Stelle benennt er es „Prinzip der Gewährung". Nur ein Vergleich scheint uns dafür brauchbar, einer, den Ferenczi selbst wählt, der mit der zärtlichen Mutter, „die abends nicht schlafen geht, ehe sie alle schwebenden kleinen und großen Sorgen, Ängste, bösen Absichten, Gewissensskrupel mit dem Kinde durchgesprochen und in beruhigendem Sinne erledigt hat" (Int. Ztschr. f. Psa., XVII, S. 170). Aber Ferenczis Bemühen um den Patienten geht weiter als das der zärtlichen Mutter häufig gehen kann, es sollte wenigstens so weit gehen, daß, wie er selbst damals in der Wiener Vereinigung halb im Ernst, halb im

Scherz sagte, ein Analytiker eigentlich nur einen einzigen Patienten haben könne.

Meine nächste Aufgabe ist es, darzustellen, was nach Ferenczi der Effekt der Anwendung dieses technischen Prinzips der mütterlichen Verzärtelung am Patienten ist.

Über den ersten Effekt haben wir bereits berichtet. Er kommt aus der Aufforderung zur Relaxation und bedeutet eine Regression des Ichs des Patienten aufs Infantile, jene Regression eben, die auch der Analytiker in der „Spielanalyse" mitmachen müsse, um die Reaktionen des Patienten nicht zu stören. Der Patient getraut sich im Bewußtsein behüteter Fürsorge, wohlwollendster Anteilnahme, regressionsbereiter Einfühlung von Seiten des Analytikers, in die Vergangenheit zu versinken und Erlebnisse aus dieser Vergangenheit zu reproduzieren. Die Äußerungen des Patienten werden zunächst naiver, kindischer; immer häufiger tauchen unter den Gedanken und bildmäßigen Vorstellungen kleine Ausdrucksbewegungen, gelegentlich auch passagère Symptome auf. Schließlich treten, möglich gemacht durch die Atmosphäre des Vertrauens und durch das Gefühl vollkommener Freiheit in der Analyse, Zustände der Entrücktheit auf — „Trancezustände" nennt sie Ferenczi mit Vorliebe —, in denen der Patient agiert und der Analytiker mit ihm mitzuagieren hat, damit er diesen Prozeß nicht stört. Parästhesien, Krämpfe in bestimmten Körperpartien, heftige Ausdrucksbewegungen, kleine hysterische Anfälle, plötzliche Änderungen der Bewußtseinslage, Schwindelgefühle, Bewußtseinstrübungen mit Amnesie, ja schließlich fast bedrohliche, schwer komatöse Zustände sind in dieser Trance beobachtbar.

Ferenczi faßt diese Erscheinungen als körperliche Erinnerungssymbole auf, ja in den Trancezuständen komme es zur Wiederbelebung ganzer Stücke der Vergangenheit. Im Trancezustand bilde der Arzt die einzige Brücke zwischen Patient und Realität, es bleibt ihm möglich, Fragen zu stellen und Auskünfte auch von abgespaltenen Teilen der Persönlichkeit zu erhalten; er stehe also in direktem Kontakt mit dem Unbewußten und vermöge mit diesem eine infantile Konversation zu führen.

Wenn wir die geschilderten Vorgänge am Patienten in ihrer Gesamtheit betrachten, so drängt sich uns allen der Vergleich mit der Katharsis auf; Ferenczi steht nicht an, die Trancereaktionen seiner Patienten als „Neokatharsis" aufzufassen und zu bezeichnen. Es sind ja auch in den technischen Maßnahmen alle Voraussetzungen für die Einleitung eines hypnotisch-kathartischen Geschehens gegeben, so in der mutterhypnotischen Haltung des Wohlwollens, in der Verlockung zur Rückkehr ins Infantile, in der körperlichen Annäherung auf zärtlicher Basis wie im Halten der Hand und sanften Streicheln des Kopfes u. dgl. m. — Ferenczi will zunächst zwischen Katharsis und Neokatharsis einen „himmelweiten" Unterschied konstatieren. Er

meint, die Paläokatharsis führe nur zu passager wirksamen fragmentarischen Emotions- und Erinnerungsdurchbrüchen; in der Neokatharsis dagegen werden letzte Reste neurosogener Elemente zum Erleben, zur Erkenntnis ihrer realen Natur, zum Abreagieren gebracht. So bedeute dieser Rückschritt zur Katharsis eigentlich einen wesentlichen Fortschritt der Therapie. In seiner letzten, bei Lebzeiten publizierten Arbeit, in der „Sprachverwirrung", muß Ferenczi allerdings diesen Unterschied teilweise wieder zurücknehmen, weil die erleichternde Wirkung des Abragierens im Trancezustand ausgeblieben ist, starke Angst auftrat, die den Erfolg fraglich oder zunichte machte.

Ferenczi aber läßt nicht locker und kommt mit der letzten technischen Forderung, der nach dem Aufgeben der Hypokrisie der Berufstätigkeit, die zu sehr die infantile Situation kopiert und wiederholt. Worauf es ankomme, sei eben, den Kontrast zwischen infantiler Situation und Wiederholung in der Neokatharsis durch das Vertrauen, das die Haltung des Analytikers dem Patienten einflößt, klarzumachen und so eine Wiederholung der infantilen Verdrängung unmöglich werden zu lassen. Hier brechen die Arbeiten Ferenczis ab. Der Tod schlug ihn, bevor er ausgiebiger und länger Beobachtetes von den Resultaten seiner letzten technischen Neuerung übermitteln konnte.

Und nun als letztes zu den theoretischen Ergebnissen des Verfahrens. Sie sind in ein Wort zu fassen: Trauma redivivum.

Ferenczi sagt aus, daß das durch die Neokatharsis zutage geförderte oder bestätigte Erinnerungsmaterial das ursprünglich Traumatische in der ätiologischen Gleichung der Neurosen wieder zu erhöhter Bedeutung hebe, ja man gewinnt aus Ferenczis letzten Arbeiten den Eindruck, daß Ferenczi es zur übermächtigen, fast alleinigen Bedeutung heben möchte. So in dem Satz in der „Sprachverwirrung": „daß das Trauma, speziell das Sexualtrauma, als krank machendes Agens nicht hoch genug angeschlagen werden kann". Man erlebt es in seinen Arbeiten mit, wie sehr er von diesem Ergebnis selbst erschüttert und affektiv affiziert ist. Das Trauma beruhe nicht auf der traumatophilen Sensibilität des neurosendisponierten Kindes, das nach der Lehrmeinung der Analyse Reize von ansonst harmlos normaler Stärke traumatisch, also einbruchsmäßig erlebt, sondern es bestehe in realer, ungebührlicher, unverständiger, launenhafter, taktloser, ja grausamer Behandlung durch die Erwachsenen. Die als Zärtlichkeit maskierte Inzestneigung der Erwachsenen dränge durch ihre auf das Kind traumatisch wirkenden Äußerungen geradezu die neurosogene Bedeutung des Ödipuskomplexes im Kinde zurück.

Ferenczi weiß Neues über die unmittelbare Wirkung des Traumas auf das Kind zu sagen. Der erste Impuls sei einer der Ablehnung, des Hasses, Ekels, der kraftvollen Abwehr. Aber die ungeheure Angst vor dem über-

mächtigen Angreifer zwinge das Kind, sich dem Willen desselben völlig passiv unterzuordnen. Dies geschehe vor allem durch eine vollständige Identifizierung mit ihm. Auf diese Weise gelange auch noch vor der Bildung des Über-Ichs das Schuldgefühl in die kindliche Seele, nämlich auf dem Wege der Introjektion des Schuldgefühls des Erwachsenen nach dem Sexualangriff. Die Wirkung des Schockerlebnisses sei immer eine passagère Psychose, d. h. eine Abwendung von der Realität, einhergehend mit negativer Halluzination des Erlebten und mit positiv halluzinatorischer, Lustvolles vorspiegelnder Kompensation. Die neurotischen Amnesien, vielleicht auch die gewöhnliche Kindheitsamnesie seien auf die unter der Schockwirkung eintretende psychotische Abspaltung eines Teiles der Persönlichkeit zurückzuführen; dieser abgespaltene Teil lebe im Verborgenen weiter und es gelinge eben in der Neokatharsis, mit ihm in Verbindung zu treten, und zwar in Form der erwähnten infantilen Konversation in der Spielanalyse.

Die Bedeutung des Traumas überstrahlt alles übrige bei Ferenczi so sehr, daß für ihn die triebbedingten Komponenten der Neurose völlig zurücktreten. Ja, Ferenczi nimmt dieser von ihm postulierten Überbedeutung des Traumas zuliebe eine weitere wissenschaftliche Regression vor, die ihn weit in die voranalytische Zeit zurückführt: er kommt zur Lehre von der Unschuld des Kindes. Trauma und Verführung werden für ihn weitgehend identisch. Das Kind habe, auch wenn sein Spiel mit dem Erwachsenen erotische Formen annimmt, durchaus die Tendenz, auf dem Zärtlichkeitsniveau zu bleiben. Erst der Erwachsene trage die Wünsche der reifen, sexuellen Person in das Kind hinein und bringe so die Sinnlichkeit ins Spiel. „Genuine Sinnlichkeit ist dem Kind fremd", lautete die Aussage eines Schülers Ferenczis in der Wiener Vereinigung. So weit führen die Konsequenzen der technischen Neuerungen Ferenczis.

Das Ergebnis der technischen Neuerungen Ferenczis ist also für ihn und seine Schüler eine neue Neurosenlehre oder, genauer, die Wiederbelebung eines verlassenen Stückes Neurosenlehre, der Lehre vom Trauma, vor allem vom infantilen Sexualtrauma. Von einer höheren Warte aus, jenseits des Für und Wider dieser neuen Lehre, scheint mir ein Zusammenhang besonderer Beachtung würdig, ein Zusammenhang, dessen Bedeutung Freud früh erkannt hat. Das Verhältnis zwischen Theorie und Technik war der Gegenstand eines Preisausschreibens durch Freud auf dem Berliner Kongreß 1922. Es darf nun auf Grund dieser frühen Einsicht Freuds, daß eine solche Wechselbeziehung existiert, nicht wundern, daß eine Wiederanwendung der kathartischen Methode zur Wiederbelebung der traumatischen Theorie der Neurosen führen muß. Ein genaueres Studium des Verfahrens, eine genauere Kenntnis der Erwerbung seiner Resultate, die uns Ferenczi nicht übermittelt hat, müßte viel über diese Wechselbeziehung auszusagen haben.

Man darf wohl erwarten, daß weitere Arbeiten der Schüler Ferenczis, noch unter seinem unmittelbaren Einfluß entstanden oder posthum von seinem Geiste geleitet, uns Einzelheiten des Verfahrens und der Resultate übermitteln werden, die uns das Verstehen der letzten Bemühungen Ferenczis um die Tiefen der menschlichen Seele erleichtern und erweitern, und uns in der Kritik dieser jüngsten therapeutischen Neuerung der Analyse sicherer werden lassen.

Handhabung der Übertragung auf Grund der Ferenczischen Versuche[1]

Von

Alice Bálint

Budapest

M. D. u. H.! Bevor ich auf mein eigentliches Thema eingehe, möchte ich erst klarstellen, daß eine Ferenczi-Schule — in dem Sinne, daß unter seiner Leitung in Budapest eine einheitliche Arbeitsweise entstanden wäre, die einheitliche Ergebnisse zeitigt — nicht existiert. Dies ist für jeden, der Ferenczi und seine Art gekannt hat, selbstverständlich. Er war durch und durch Individualist, und seine Lehrtätigkeit bestand in der Hauptsache darin, daß er seine, oft wechselnden, Ideen und Versuche uns — allerdings in der ihm eigenen suggestiven Weise — mitteilte und es im übrigen uns überließ, davon so viel zu übernehmen, wie wir konnten und wollten. Er bediente sich in sehr geringem Grade jener Beeinflussungsmöglichkeiten, die am ehesten geeignet sind, eine einheitliche Arbeitsweise herzustellen. Ich meine die Seminare und Kontrollanalysen. Wahrscheinlich, weil die systematische Lehrtätigkeit mit der Experimentierfreiheit, die sein Lebenselement war, schwer zusammenpaßte.

Auf dem Wiesbadener Kongreß sagte er selbst im Kreise seiner Schüler, ihm wäre manchmal angst und bange, wenn er an die verschiedenen Richtungen, die er im Laufe seines Lebens eingeschlagen, denke und sich vorstelle, daß vielleicht jetzt, in der Welt verstreut, sich einige seiner Schüler finden, die noch immer treu an der einen oder anderen der von ihm bereits verlassenen Methoden festhalten. Wir mußten ihn damals beruhigen, daß wir doch keine Automaten seien.

Es ist gewiß nicht einem jeden gegeben, seine eigenen Wege zu gehen, doch die Freiheit, die Ferenczi seinen Schülern ließ und der Mut, zu dem er sie immer wieder aufforderte, die Dinge der täglichen Praxis mit immer frischen, naiven Augen zu sehen, gehört sicher zu dem Besten, was wir, außer dem Inhaltlichen, von ihm bekommen haben.

Der Ausgangspunkt der Ferenczischen Versuche war — wie er es selbst oft betonte — die Unzufriedenheit mit den therapeutischen Resultaten im allgemeinen. Manche Fälle versandeten oder mußten mit einem Teilerfolge aufgegeben werden, obwohl Analytiker und Patient vom seelischen Ursprung der Erkrankung überzeugt waren. Bei Patienten, die ihre als aussichtslos abgebrochene Analyse später bei dem gleichen oder bei einem anderen

1) Referat, gehalten auf der von der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, der Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület, der Società Psicoanalitica Italiana und der Psychoanalytická skupina v C. S. R. zu Pfingsten (8. bis 10. Juni) 1935 in Wien veranstalteten Vierländertagung.

Analytiker fortsetzten, stellte es sich manchmal heraus, daß die Fehlerquelle in der Einstellung des Analytikers zum Patienten, also in der unzweckmäßigen Handhabung der Übertragung lag.

Das gesteigerte Hinhorchen auf alles, was der Patient sagt, war die gegebene Methode, aus den mannigfaltigen Schwierigkeiten, die insbesondere die Endphasen der Analyse boten, einen Ausweg zu suchen. Der Weg, den Ferenczi hiermit einschlug, ist die psychoanalytische Forschungsweise katexochen. Ihr verdanken wir doch jene großartigen und überraschenden Entdeckungen Freuds, die ihn Schritt für Schritt von dem aktuellen Konflikt zu den Erlebnissen der frühesten Kindheit, als den Wurzeln der Neurose, führten.

Infolge des intensiveren Aufmerkens wurden gewisse, bisher weniger beachtete Erscheinungen in den Vordergrund gerückt. Erstens jener Teil der Meinungen, Gefühle und Kritiken des Patienten, die der realen Person des Analytikers galten; zweitens die Rolle, welche die Eigenheiten und Schranken der Persönlichkeit des Analytikers in der Analyse spielen.

Beide Momente gehören zusammen und bedingen einander. Es ist nämlich nicht unwesentlich, ob wir uns darauf beschränken, die Tatsache des Kritisierens als solche zu deuten, d. h. die Kritik am Analytiker auf die verdrängte oder totgeschwiegene Kritik an den Eltern zurückzuführen, oder ob wir die uns geltende Kritik auch bezüglich ihres aktuellen Realitätsgehaltes prüfen. Wir erfahren bald, daß Tatsache und Art der Kritik zwar von den Eltern auf den Analytiker übertragen, ihr Inhalt jedoch nicht selten dem aktuellen Erleben am Analytiker entnommen ist.

Es handelt sich also um einen Fall von Agieren. Dieses Agieren scheint bis zu einem gewissen Grade mit der analytischen Situation unumgänglich verbunden zu sein, kann also nicht vermieden, sondern nur erkannt und gedeutet werden. Die ungeheure Wichtigkeit, die jede Kleinigkeit im Tun und Lassen des Analytikers für den Patienten erhält, die Empfindlichkeit, mit der er auf jede Nuance in Tonfall, Händedruck usw. reagiert, sind sicher keine durch die analytische Situation hervorgebrachten Neuerscheinungen, sondern Abkömmlinge der Kindheit, in der wir alle ähnlich empfindsam waren. Genau so, mit demselben kritischen Einfühlungsvermögen, wie der Patient den für ihn lebenswichtig gewordenen Analytiker, beobachtet das Kind die Personen, von denen es abhängt. Die Patienten werden allwissend in bezug auf die ihnen geltenden Gefühle, sie merken jeden, auch unbewußten Betrug. Und wenn wir, uns selbst nicht genügend kennend, uns und den Patienten betrügen, haben wir seine Verdrängungen oder besser gesagt seine Widerstände in einer Weise verstärkt, daß sie von einem gewissen Punkt an das Weiterführen der Analyse unmöglich machen.

Rechnen wir aber mit dem regelmäßigen Wiederaufleben dieser kindlichen Feinfühligkeit, so stellt es sich zu unserer Überraschung heraus, daß, auch

wenn wir vollkommen passiv zu sein glauben, wir es in den Augen des Patienten nicht sind. Und zwar — das möchte ich immer wieder betonen — nicht nur deshalb, weil er Eigenschaften und Motive seiner Imagines auf uns überträgt, sondern auch, weil wir, da wir doch Menschen mit einer bestimmten Art von Äußerem, Stimme, Bewegungen, Geruch und wechselnder Geistesfrische sind, unmöglich vollkommen passiv sein können. Halten wir uns das nicht vor Augen, so ist das jeweilige Gefühl des Patienten, daß wir uns genau so benehmen wie einst die Eltern, keine Übertragung mehr, sondern Realität. Diese Tatsache wiederholt sich in jeder wie immer geführten Analyse. Denn, daß der Analytiker auch ein Mensch ist, wird in jeder Analyse genau so wieder entdeckt, wie es einst in bezug auf die Eltern und Erzieher entdeckt werden mußte.

Wenn wir den auf unsere Person gerichteten Teil der Einfälle nicht genügend beachten, dann wiederholt sich in der aktuellen Beziehung zum Analytiker dieselbe Einschränkung des Wissens, die dem Patienten in der Kindheit auferlegt wurde. Dieser muß uns z. B. glauben, daß wir, außer der wohlwollenden Einstellung, ihn zu heilen, ihm gegenüber keine Gefühle positiver oder negativer Art haben, obwohl er diese aus kleinsten Anzeichen erraten konnte. Genau so, wie die Kinder an bestimmte theoretische Eltern-, Lehrer- oder Geschwistergefühle glauben müssen, auch wenn die Realität damit noch so wenig in Einklang steht. Und genau so, wie Kinder oft schlimm werden, um die richtig geahnte, versteckte Aggression der Erwachsenen offen zutage treten zu lassen, so werden auch Patienten manchmal ungebärdig, bis sie vom Analytiker das Bekenntnis erhalten, daß irgend etwas in ihrem Verhalten ihm wirklich unangenehm war. Ich denke hier an einen bestimmten Fall, in dem die erste Deutung, der Patient tue dies oder jenes, um vom Analytiker weggejagt zu werden, und die nächste, er wolle ihn ärgern, nichts fruchtete. Die Wahrheit war, daß der Patient den Analytiker wütend machen wollte, eben weil er fühlte (oder aber mit Recht befürchtete), daß dieser es bereits sei und sein zur Schau getragener Gleichmut daher nicht aufrichtig sein könne. Als dem Kranken zugegeben wurde, daß sein Tun das notwendige freundlich-aufmerksame Zuhören wirklich störe, hörte er damit auf. Als tiefere Ursache der Tendenz, den Analytiker aus der Ruhe zu bringen, ergab sich die Auflehnung gegen den Schein, daß alle Menschen um ihn geduldig und nur er allein reizbar und böse sei. Eine ähnliche Verwertung fand in vielen Fällen die Aufrichtigkeit, mit der wir alle nach dem Rate Freuds die finanzielle Seite der Kur behandeln. Trotz aller Vorwürfe und der kindlichen Sehnsucht nach unentgeltlicher Liebe stellte es sich immer wieder heraus, daß es für den Patienten eine Beruhigung ist, wenn er in uns keine Engel zu sehen braucht.

Wie wir sehen, handelt es sich für den Patienten, wie für das Kind, um die Entlarvung der Hypokrisie des Analytikers, bzw. der Erwachsenen. Kinder

und Patienten zeigen dabei die fast paranoid anmutende Fähigkeit, aus kleinsten Details weitgehende Folgerungen zu ziehen. Die paranoide Überempfindlichkeit tritt während der Analyse regelmäßig in Erscheinung, auch in der Analyse praktisch Gesunder, so daß man den Eindruck gewinnt, es handle sich hierbei um eine allgemeine menschliche Fähigkeit.

Das Gegenstück hierzu — wodurch mir erst die ganze Erscheinung verständlich wurde — bot die Beobachtung von Kindern im Säuglingsalter, die normalerweise eine ähnliche Empfindlichkeit zeigen. Um nur eine Erscheinung zu erwähnen, die ich häufig bei verschiedenen Kindern beobachtet habe: das Kind schläft ganz ruhig, indessen die Mutter oder eine andere Warteperson sich im Zimmer aufhält. Durch Straßenlärm, Donner usw. wird es nicht gestört, wacht jedoch auf oder wird unruhig, wenn die betreffende Person leise das Zimmer verläßt. Man kann auch oft feststellen, daß ein Kind im Schlaf zu lächeln beginnt, wenn man es anschaut. Ich halte diese scheinbar belanglosen Tatsachen für außerordentlich wichtig, denn sie lassen eine Beziehung zur Umwelt vermuten, die bereits im Säuglingsalter über das rein Physiologische hinausgeht. Diese innige Verbindung zwischen dem Kind und der von ihm mit Libido besetzten Person scheint also sehr früh einzusetzen. Auf ihrem Boden entwickelt sich wohl jene Feinfühligkeit, die das Kind befähigt, seine Umgebung zu durchschauen und sogar hinter freundlichem Gebaren die entgegengesetzten Gefühle zu erraten.

In denselben Zusammenhang gehört der, insbesondere von Anna Freud hervorgehobene Unterschied zwischen dem Kind und dem Erwachsenen im Anfang der Behandlung. Der Erwachsene erscheint, auch wenn er noch so skeptisch ist, fast vertrauensselig im Vergleich zum Kinde, das sein Geheimnis in bewußtem Mißtrauen vor dem „Feind" hütet. Das Kind, dessen Über-Ich noch unentwickelt ist, steht uns mit einer viel ungeteilteren, daher überlegeneren Kritik gegenüber als der Erwachsene, bei dem das ursprüngliche kindliche Mißtrauen infolge der Identifizierung mit der allgemeinen Hypokrisie bereits verdeckt ist.

Das Problem der Handhabung der Übertragung kann also auch folgendermaßen formuliert werden: Wie können wir uns mit dem Kinde im Patienten am besten in Verbindung setzen? Denn mit seiner paranoid-empfindlichen Einstellung in der Analyse ist der Patient nichts anderes als das geängstigte und beleidigte, daher mißtrauisch aufpassende Kind in ihm.

Wie bereits aus dem Bisherigen zu ersehen ist, drängt das Aufmerken auf die Entlarvungskünste des Patienten gleichsam von selbst zur gesteigerten Selbstkontrolle der Aufrichtigkeit in unserem Benehmen. Die Aufrichtigkeit ist kein neuer Gesichtspunkt bei der Handhabung der Übertragung. Sie spielt bereits in Freuds Ratschlägen an den Arzt eine wichtige Rolle. Doch ebenso, wie die Rolle des Infantilen im Laufe der Entwicklung der Neurosenlehre eine immer größere Bedeutung gewann, scheint es, daß auch

in der einfachen Forderung nach Aufrichtigkeit weitere Entwicklungsmöglichkeiten enthalten sind. Es wäre aber unrichtig, aus dem bisher Gesagten zu folgern, daß man sich dem Patienten als Mensch eröffnen soll, um ihm seine Geständnisse zu erleichtern. Das wäre, wie auch Freud in seinen Ratschlägen meint, falsch, und zwar nicht nur darum, weil der Patient unersättlich wird, sondern weil dies, wie wir sehen werden, gar nicht jene Aufrichtigkeit ist, die der Patient braucht, obwohl er sie oft wünscht.

Die Aufrichtigkeit, die der Patient benötigt, besteht nicht in der Preisgabe unseres Privatlebens, sondern darin, daß wir ihm nichts vormachen. Wir akzeptieren die Tatsache, daß wir für den Patienten kein weißes Blatt sind und entwinden damit dem Widerstand eine wichtige Waffe. Wenn wir z. B. der Vermutung des Patienten, daß wir keine Automaten sind, daher auch die Intensität unserer Anteilnahme nicht immer die gleiche ist, recht geben, so kann ihm meistens viel klarer gezeigt werden, wann und warum er solche Schwankungen merkt und auch, daß das Kind in ihm sich eigentlich einen ewig gleichmäßigen Liebesautomaten wünscht. Wenn wir aber, anstatt es zuzugeben, einfach schweigen, kann es geschehen, daß der Patient wochen-, ja monatelang sich damit abquält, Material zu seiner Vermutung zu sammeln, auch wenn es uns gelingen sollte, für seine intellektuelle Einsicht diese Erscheinung auf die infantile Situation zurückzuführen. Mit anderen Worten: wir müssen neben dem indirekten Kontakt, auf dem Wege der Deutung, auch einen direkten mit dem Kinde im Patienten finden. Denn die Deutungsarbeit allein kann oft nicht verhindern, daß die Analyse, trotz jahrelanger Bemühung, statt zu einer Erledigung, nur zu einer Wiederholung der infantilen Situation führt.

Was folgt nunmehr aus der Forderung der größeren Aufrichtigkeit für den Analytiker? Bevor ich auf diese Frage direkt antworte, möchte ich ein Beispiel aus einem anderen Gebiet — dem der Erziehungsberatung — heranziehen. Es geschieht nicht selten, daß Eltern gerade durch die Analyse den Eindruck erhalten, sie könnten sich vor dem Kinde ruhig gehen lassen, denn das Kind merke doch sowieso alles und schlimmstenfalls könne man ja die Dinge mit ihm besprechen. Alle Kollegen werden mit mir übereinstimmen, wenn ich meine, diese Eltern hätten die Analyse mißverstanden. Es ist richtig, daß man damit rechnen soll, das Kind merke alles, doch bedeutet das nicht, daß wir uns nunmehr vor dem Kind ohne Bedenken gehen lassen können. Im Gegenteil, Dinge, von denen wir wissen oder glauben, daß sie das Kind zu sehr belasten, müssen wir weit sorgfältiger von ihm fernhalten, wenn wir nicht mehr der Selbsttäuschung unterliegen, das Kind merke sie ohnedies nicht. Ähnlich, wie wir auf Fehlleistungen besser achten, wenn wir ihre Bedeutung erkannt haben.

Das gleiche gilt für die Handhabung der Übertragung. Die Einsicht, daß wir unmöglich das weiße Blatt sein können, das wir vielleicht sein sollten

(wir haben ein bestimmtes Äußeres, bestimmte Bewegungen, Stimme, Gesichtsausdruck usw., alles Dinge, die mit der Zeit vom Patienten bemerkt, zur Sprache gebracht und oft auch richtig gedeutet werden), bedeutet nicht, daß wir nunmehr alle Vorsicht fahren lassen können. Im Gegenteil, gerade das Wissen um die nicht abzuschätzende Bedeutung unserer inneren Einstellung zum Patienten und die Tatsache, daß er bei einer gewissen Tiefe der Analyse wohl imstande ist, diese aus kleinsten Anzeichen zu erraten, nötigt uns zu gesteigerter Selbstkontrolle.

Es ist ebenso schädlich, wenn wir den Patienten — gleich den Eltern in der Kindheit — dazu zwingen, in bezug auf uns blind zu sein, wie wenn wir den Patienten mit unseren unkontrollierten Gefühlsregungen belasten. Im ersteren Falle, d. h. wenn wir allzu einseitig die auf uns bezüglichen Gedanken des Patienten (also auch, wenn sie in der aktuellen Situation real begründet sind) als Projektionen innerer Konflikte oder als von Kindheitsobjekten auf uns übertragene Motive deuten, benehmen wir uns im Grunde genommen, bei aller Passivität, wie jene Erzieher, für die immer nur das Kind die Ursache irgend einer Störung sein kann, nie die Erwachsenen. Auf diese Weise kann also die Distanz, die einst zwischen Kind und Erwachsenen bestand, in der Analyse wieder entstehen.

Im zweiten Fall, wenn wir den Patienten zu stark mit unseren eigenen Gefühlen belasten, bildet die Möglichkeit, alles zu besprechen, kein genügendes Gegengewicht mehr. Wenn der Analytiker sein Interesse vom Patienten auf sich selbst überträgt, kann der Patient zu einer Beschäftigung mit der Person des Analytikers verführt werden, die bereits sein Bedürfnis übersteigt. Dann ist der Analytiker kein Helfer mehr, sondern eine Neuauflage der Eltern, die das Kind für ihre eigenen Zwecke ausgenützt haben. Was hier wieder auflebt, ist nicht nur die Distanz, sondern auch die Hörigkeit des Kindes gegenüber solchen Erziehern, die durch die Vorspiegelung einer am Ende doch nicht realen Intimität das Kind zur Überspannung seiner Kräfte nötigen. Wie dies Ferenczi von den Kindern körperlich oder seelisch kranker oder sonstwie unglücklicher Eltern beschrieb.

Um wieder ein Beispiel zu nennen: Wenn ich, sagen wir, Kopfschmerzen habe, werde ich das nie dem Patienten mitteilen, außer er merkt es selbst, in welchem Falle ich die Richtigkeit seiner Beobachtung bestätige. Die Sache kann sich aber auch anders abspielen. Der Patient denkt nicht an Kopfweh, merkt bloß den mißmutigen Gesichtsausdruck, fühlt sich ungeliebt und verstoßen. Auch in diesem Falle sage ich ihm manchmal, ich hätte Kopfweh, doch erst, nachdem wir alle seine Befürchtungen durchgesprochen und auf ihre subjektiven Wurzeln zurückgeführt haben. Das endliche Zugeben des Stückes aktueller Realität, die seinen Befürchtungen zugrunde lag, kann verhindern, daß er die Stunde mit dem Gefühl verläßt, der Analytiker hätte

doch böse ausgesehen und es nur nicht eingestanden, wodurch natürlich die ganze analytische Bemühung zunichte gemacht wäre.

Die größere Wichtigkeit, die wir auf diese Weise der realen Persönlichkeit des Analytikers, seinem Befinden usw., im Fortgang der Analyse beimessen, hat also ebenfalls ihre Gefahren. Die Hauptgefahr ist, wie wir oben sahen, daß wir den Patienten überbelasten, statt ihm zu helfen. Der Gedanke liegt nahe, daß gerade die Möglichkeit dieser Gefahr manche unserer Kollegen davor zurückschrecken läßt, den Patienten zu nahe an sich heranzulassen. Damit kommen wir wieder zu dem von Ferenczi immer wieder betonten Thema der Analysiertheit und psychischen Stabilität des Analytikers. Der Patient darf ebensowenig wie das Kind dazu benützt werden, um fehlende Befriedigungsmöglichkeiten zu ersetzen. Das ist natürlich das A und O der Handhabung der Übertragung.

Das aufmerksame Anhören der kindlich-paranoiden Kritik des Patienten brachte manche neue Einsicht in das Wesen der infantilen Objektbeziehungen. Da die große Bedeutung der Person des Analytikers nur eine Wiederholung jener Bedeutung ist, die einst der nächsten Umgebung des Kindes zukam, folgt aus dieser Beobachtung natürlicherweise die verhältnismäßig stärkere Erfassung des historischen Moments bei der Entstehung der Neurosen. Es handelt sich nur darum, daß wir den kindlichen Maßstab, den uns die Patienten in ihrer Überempfindlichkeit deutlich zeigten, auf die Beurteilung der Begebenheiten und der Eindrücke, denen sie in der Kindheit ausgesetzt waren, anwenden.

Ferenczi hat das Kind in seiner Not, in seiner Kleinheit und Abhängigkeit gegenüber den Großen und dem daraus stammenden unstillbaren Hunger nach Liebe, erkannt wie kaum einer. Aber auch die Art der Liebe des Kindes konnte an den erwähnten Übertragungserscheinungen besser studiert werden.

Während der analytischen Arbeit können wir nämlich bald erkennen, daß die Hellsichtigkeit, besser gesagt: die auferstandene Kinderweisheit des Patienten ein einseitiges Vermögen darstellt. Nicht die gesamte Realität wird durchschaut, und dementsprechend auch nicht der Analytiker als Individualität, sondern nur in seiner Beziehung zum Patienten. Dies ist ebenfalls ein genaues Abbild der kindlichen Denkart. Wie das Kind merkt auch der Patient alles, doch ist das Motiv dieses Interesses rein egoistisch. Wie die traurige, ärgerliche oder sorgenvolle Miene des Erwachsenen das Kind nur darum beunruhigt, weil es fürchtet, aus irgend einem Grunde nicht geliebt zu werden, interessiert unsere Miene den Patienten nur, weil er fürchtet, weniger Anteilnahme bei uns zu finden, wenn uns etwas zu stark beschäftigt. Sowohl für das Kind wie für den Patienten ist nur dieser Teil unserer Gefühle wichtig. Das sonstige „Warum" liegt bereits außerhalb seines Interesses. Eben deshalb wird jeder Analytiker, der — durch den gegenteiligen Schein beirrt — dem Patienten gegenüber zu mitteilsam geworden ist, er-

fahren, daß der sonst so neugierige Patient es ablehnt, so viel von ihm zu wissen. Das erklärt auch, wie es kommt, daß es einerseits sowohl dem Kind wie dem Patienten so schwer fällt, die Erwachsenen, bzw. den Analytiker als Individualitäten zu erkennen, trotzdem sie andererseits die Realität so fein abzutasten vermögen.

Diese seltsam einseitige Erkenntnis der Umwelt ist ein ebenso wichtiger Faktor bei der Entstehung der verzerrten Elternimagines wie die Projektion. Ein gutes Beispiel für diese Vermischung von klarer Erfassung der Realität und gleichzeitiger Verzerrung zeigt die oft beschriebene Reaktion des Kindes auf die Beobachtung der Urszene. Wenn das Kind Zeuge einer Liebesszene zwischen den Eltern wird, erscheinen ihm die Eltern böse; einerseits, weil es selbst böse und neidisch ist und diese Gefühle nach dem Talionprinzip auf die Eltern projiziert; andererseits steckt darin ein Stück realer Erkenntnis, da sich doch die Eltern in diesem Moment wirklich nicht um das Kind kümmern, also vom Standpunkte des Kindes wirklich böse sind. Dieses „Bösesein" hat im Augenblick für das Kind eine absolute Bedeutung, da es jenen Teil der Realität, den wir Zukunft nennen, noch nicht kennt. Eben deshalb ist es schwer festzustellen, inwieweit die Sehnsucht des Kindes, sich an Stelle des einen oder beider Elternteile zu setzen, aus dem Wunsche nach einer bestimmten körperlichen Lust oder aus Angst vor dem Ungeliebtsein stammt. Es will vielleicht nur an dem Spiel teilnehmen, um der Qual des Ausgeschlossenseins zu entgehen,[2] so wie jeder Patient im Laufe der Kur auch einmal Analytiker, d. h. Kollege sein möchte.

Wir lernen aus all dem, daß das Kind seine Umgebung wohl mit Libido stark besetzt, vom Standpunkt der Libidoverteilung also nicht narzißtisch genannt werden kann; das Interesse jedoch, das es seiner Umgebung entgegenbringt, ist egoistisch. Es ist eine Liebe, die als einzige Gegenleistung für das empfangene Gute nur das eigene Wohlbefinden kennt. Es ist jene, in erster Linie erwartende, fordernde Liebe, die Ferenczi „passive Objektliebe" und Hermann „Anklammerung" genannt hat.

Ferenczi spricht in seiner Genitaltheorie vom Kinde als einem Ektoparasiten, um die physiologische Abhängigkeit des Kindes von der Mutter zu charakterisieren. Hermann nimmt ebenfalls die Biologie zum Ausgangspunkt, wenn er im Anklammerungsreflex das Vorbild der kindlichen Objektbeziehungen sieht. Der Hermannsche Begriff der „Anklammerung" ist insofern eine wichtige Ergänzung der Ferenczischen „passiven Objektliebe", als darin auch die Aktivität des Kindes zum Ausdrucke kommt. Sowohl Ferenczi als auch Hermann nehmen — übrigens ganz im Sinne Freuds — an, daß, in Anlehnung an die biologische Abhängigkeit des Kindes, eine ganz frühe Libidobesetzung der nächsten Umgebung vorhanden

2) Diese Vermutung rührt zwar an das Problem des Sinnlichkeitsgrades der kindlichen Sexualität, will es aber nicht entscheiden.

sei. Diese frühe Objektbeziehung kennt nur Wünsche oder Forderungen, aber noch keine Gegenleistungen, d. h. sie ist egoistisch. (Man denke etwa an den Affen in Zuckmayers „Affenhochzeit".)

Wenn wir nun in diesem Sinne narzißtisch und egoistisch nicht zusammenfallen lassen, werden einige längst bekannte Erfahrungstatsachen verständlicher. Die libidinöse Besetzung der Umwelt macht z. B. die ungeheure Verwundbarkeit des Kleinkindes, wodurch es dem Erleiden von Traumen so leicht ausgesetzt ist, besser erklärbar. Die Tatsache der großen Empfindlichkeit des Kindes hat mich schon seit langem beschäftigt. Ich versuchte ihr in der Weise gerecht zu werden, daß ich den primären Narzißmus[3] als eine Seelenverfassung beschrieb, in der sich das Kind in seiner Eigenliebe durch den kleinsten Tadel, die geringste Lieblosigkeit schmerzlich bedroht fühlt. Dahingegen gäbe der durch die Zurückziehung der Objektbesetzungen entstandene sekundäre Narzißmus jenen undurchdringlichen Panzer ab, welcher den Menschen gegen den Stachel des Ungeliebtseins schützt. Heute scheint es mir, daß der Ausdruck „passive Objektliebe" dem Beobachtungsmaterial besser gerecht wird. Denn in Übereinstimmung mit Ferenczi, der bei seinem Vordringen in immer tiefere Schichten zunächst ein mißtrauisch kritisches und endlich ein mit allen Fibern an seine Umgebung geklammertes Wesen fand, zeigt auch die direkte Beobachtung am Kinde keine narzißtische Selbstgenügsamkeit, sondern ein intensives Verlangen nach Liebe, ohne die es ja gar nicht bestehen kann.[4]

Ich möchte nicht den Eindruck erweckt haben, als fühlte ich mich nunmehr bezüglich der technischen Bewältigung einer Analyse aller Sorgen ledig oder etwa, als böte die „Handhabung der Übertragung" nach der Entdeckung der Bedeutung der Aufrichtigkeit für mich keine Schwierigkeiten mehr. Doch hoffe ich gezeigt zu haben, daß der Charakter des Analytikers ein wesentlicher Faktor der analytischen Situation ist, den wir bei bestem Willen nicht ausschalten können, und daß die aus dieser Quelle stammenden Störungen der Übertragungssituation nur dadurch unschädlich gemacht werden können, daß wir ihnen eine gesteigerte Aufmerksamkeit zuwenden.

Auf dem Luzerner Kongreß behandelte Frau Dr. Bibring dasselbe Thema. Auch sie fand, daß die Persönlichkeit des Analytikers einen nicht auszuschaltenden Teil der analytischen Situation bildet. Ich machte sie damals darauf aufmerksam, wie nahe sich ihre Gedanken mit denen Ferenczis berühren. Ein wichtiger Unterschied besteht jedoch gerade in der praktischen Anwendung. Frau Dr. Bibring rät, in Fällen, wo der Charakter des Analytikers eine zu getreue Wiederholung der pathogenen infantilen Situation herbei-

3) Auf Grund der in „Zur Einführung des Narzißmus" gegebenen Freudschen Begriffsbestimmung. Ges. Schr., Bd. VI.

4) Ich verweise auf meine in ungarischer Sprache erschienene Arbeit über „Die Entwicklung der Objektbeziehungen". (Lélekelemzési Tanulmányok: A szeretet fejlödése és a valóságérzék.)

geführt und damit die Arbeit ins Stocken gebracht hat, als Abhilfe zu einem Wechsel des Analytikers. Ich hoffe gezeigt zu haben, daß die zu getreue Wiederholung der infantilen Situation nicht so sehr von den tatsächlichen Eigenschaften des Analytikers, sondern von seinem Benehmen abhängt. Ob der Analytiker Mann oder Weib, groß oder klein, mehr sanft oder rauh usw. ist, ist nicht so ausschlaggebend wie der Umstand, ob und inwieweit er fähig ist, im Gegensatz zu den Erziehern die Kritik des Patienten frei walten zu lassen. Das ist der eigentliche Sinn der von Ferenczi geforderten Elastizität des Analytikers. Diese Anerkennung der Kritik, insofern sie wirklich das Richtige trifft, bildet jenen realen Unterschied gegenüber der Kindheit, der trotz aller sonstigen Wiederholungen (die, als bereits zum Wesen der Neurose gehörend, nur durch die systematische analytische Arbeit aufgelöst werden können) das Weiterführen der Analyse bei demselben Analytiker ermöglicht.

Ferenczis technische Arbeiten bilden, wie Sie wissen, kein abgeschlossenes Ganzes, sondern nur einen Teil einer Versuchsreihe, die durch Krankheit und Tod jäh abgebrochen wurde. Wohin seine Versuche ihn selbst geführt hätten, können wir nicht mehr erfahren. Was ich Ihnen heute vortrug, ist nur das, was als lebendiger Einfluß der Ferenczischen Arbeiten in mir weiterlebt. Über manche andere Seiten seiner Technik, wie z. B. das kathartische Abreagierenlassen des pathogenen Traumas, konnte ich nicht sprechen, da ich sie selbst nicht versucht habe. Auch über das psychische Trauma, besser gesagt: über die Theorie von der Traumatogenese der Neurosen, wollte ich nicht sprechen, da meine Erfahrung nicht ausreicht, um etwas Definitives über dieses Thema aussagen zu können. Das analytische Material, das mir zu Gebote steht, scheint aber — wie Sie das aus meinen Ausführungen wahrscheinlich ersehen haben — sehr dafür zu sprechen, daß die Kindheit an sich der Entstehung von Traumen außerordentlich günstig ist, ja daß sie, wahrscheinlich sogar normalerweise, eine Reihe von Traumen darstellt; daß ferner, wenn diese Traumen schlecht oder überhaupt nicht erledigt werden können, die Unaufrichtigkeit der Umgebung, vielleicht in erster Linie, dafür verantwortlich ist. Das letztere kann interessanterweise auch durch ethnologisches Material unterstützt werden. Ich denke an die zwei schönen Bücher von Margaret Mead über die Jugend Samoas und der Manus auf Neu-Guinea.[5] Doch hoffe ich bald in der Lage zu sein, auch das entsprechende klinische Material mitteilen zu können.

Meine Damen und Herren! Das Sprichwort sagt: Jede Kette ist so stark wie ihr schwächstes Glied. Dies gilt sicher nicht für wissenschaftliche Gedankengänge. Ihre Brauchbarkeit hängt, im Gegenteil, von dem Stück Wahrheit ab, das in ihnen enthalten ist und weiterwirkt. Den ganzen Wahrheits-

5) M. Mead: Coming of Age in Samoa, und: Growing up in New Guinea.

gehalt der Ferenczischen Ideen habe ich sicher nicht erschöpft. Ich hoffe nur, daß er in meinen Ausführungen nicht verlorenging.

Anhang

Um Mißverständnisse zu verhüten, ist es außerordentlich wichtig, sich vor Augen zu halten, daß die „Handhabung der Übertragung" nicht gleichbedeutend ist mit der „Deutung der Übertragungserscheinungen". Die Handhabung der Übertragung ist jenes Benehmen des Analytikers, mit dem er seinerseits die Deutungsarbeit fördert oder hemmt. Den ersten grundlegenden Rat zur Handhabung der Übertragung, d. h. zum zweckmäßigen Benehmen des Analytikers, gab Freud in seinen Arbeiten zur Technik.[6] Er riet dem Analytiker ein möglichst passives Benehmen als die beste Bedingung, die emotionelle Aktivität des Patienten klar hervortreten zu lassen. Es ist die berühmte Bedingung der reinen Spiegelfläche, die „nichts zeigt, als was ihr gezeigt wird". Auch hierbei handelt es sich natürlich darum, die erreichbar günstigste Vorbedingung für die Deutungsarbeit zu schaffen. Was hier unter der Losung „Aufrichtigkeit" vorgetragen wurde, ist im Grunde genommen nur dort eine Korrektur der Freudschen Passivität, wo diese Passivität ihr Ziel verfehlt und, statt einer Hilfe, nur eine Hemmung der Deutungsarbeit wird.

In diesem Zusammenhang müßte eigentlich auch der Begriff der Passivität des Analytikers klargestellt werden. Schweigen oder Nichtstun sind sicher nicht ausnahmslos als Passivität zu werten; unter Umständen kann das Schweigen die Bedeutung einer Herausforderung haben. Ich erinnere an Ferenczis Bemerkungen über das Schweigen des Arztes in der Analysenstunde.[7] Damit soll aber nicht gesagt sein, daß diese Herausforderung — durch Schweigen — unbedingt schädlich sei; sie kann sogar im gegebenen Augenblick das beste Mittel zum Zweck sein. Doch müssen wir wissen, daß wir in diesem Fall alles andere denn passiv waren. Eben deshalb meine ich, daß die Ausdrücke aktiv — passiv, auf die Handhabung der Übertragung angewendet, nur mißverständlich sein können. Die „Handhabung der Übertragung" ist ja neben der Deutungsarbeit die eigentliche Aktivität des Analytikers, und zwar, wie Freud sagt, der bedeutend schwierigere Teil derselben. Das Benehmen des Analytikers gegenüber dem Patienten kann wohl als passiv oder aktiv bezeichnet werden, ist aber in beiden Fällen ein Benehmen, also Aktion. Wenn wir anstatt über „Aktivität" und „Passivität" des Analytikers eher über sein mehr zurückhaltendes, versagendes oder gewährendes usw. Benehmen sprechen, können wir manche Mißverständnisse vermeiden, und es wird klar, daß die Handhabung der Übertragung,

6) Ges. Schr., Bd. VI.
7) Mißbrauch d. Assoziationsfreiheit. Bausteine, Bd. II, S. 41.

welchen Charakters sie auch sei, schon infolge ihrer Begriffsbestimmung einen Teil der Aktivität des Analytikers bedeutet.

Literatur

S. Freud: 1. Zur Dynamik der Übertragung. 2. Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. 3. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: I. Zur Einleitung der Behandlung; II. Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten; III. Bemerkungen über die Übertragungsliebe. Alle drei in Ges. Schr., Bd. VI.

S. Ferenczi: Zur psychoanalytischen Technik: I. Mißbrauch der Assoziationsfreiheit; II. Fragen des Patienten — Erscheinungen während der Kur; IV. Die Bewältigung der Übertragung. Zur Frage der Beeinflussung d. Patienten in d. Psychoanalyse. Weiterer Ausbau der „aktiven Technik" i. d. Psychoanalyse. Über forcierte Phantasien (Aktivität in der Assoziationstechnik). Kontraindikationen der aktiven psychoanalytischen Technik. Zur Kritik der Rankschen „Technik der Psychoanalyse". Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. II. Int. Psa. Verl., Wien, 1927.

S. Ferenczi: Zur Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten, Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XI, 1925. Elastizität der psychoanalytischen Technik, Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XIV, 1928. Relaxationsprinzip u. Neokarthasis, Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XVI, 1930. Kinderanalysen mit Erwachsenen. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XVII, 1931. Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kinde, Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XIX, 1933.

Die überwertige Idee und ihre Beziehung zur Suchtkrankheit[1]

Von

Therese Benedek

Berlin

Rado hat in seiner letzten Arbeit[2] den Prozeß der Süchtigkeit in einem Grundschema dargestellt und auf eine so breite Basis klinischer Erfahrung und analytischen Wissens gestellt, daß wir wohl annehmen können, der Ablauf der Süchtigkeit sei in seiner Gesetzmäßigkeit erfaßt. Seine Untersuchungen setzen an dem Punkt ein, wo die „Initialverstimmung" so groß geworden ist, daß sie mit psychischen Mitteln allein nicht mehr zu bewältigen ist und das Ich zu Rauschstoffen greift.

Es bleiben also die Fragen zu untersuchen, ob die „Initialverstimmung" ein einheitliches Krankheitsbild darstellt, bzw. wenn nicht, welche Art von Krankheitsprozessen und welche Libidostruktur die zwingende Veranlassung zu dieser „pharmakothymen Erledigung" der Konfliktspannung bieten.

Das Problem der Libidostruktur ist ziemlich weitgehend geklärt. Seit den ersten entsprechenden Arbeiten von Abraham[3,4] und Rado[5] haben zahlreiche Beobachtungen verschiedener Analytiker bestätigt, daß eine starke orale Fixierung und die ihr zugeordnete Neigung zu Depressionen die libidinöse Bedingung zur Süchtigkeit abgeben. — Trotzdem entstand eine Diskussion über Art und Wesen der Süchtigkeit, genauer über die Frage, durch welchen Krankheitsprozeß die zur Süchtigkeit führende orale Fixierung freigelegt wird. In diesem Punkt ist bisher eine einheitliche Auffassung nicht erreicht worden. Während Simmel[6] meint, daß die Sucht einem zwangsneurotischen Abwehrmechanismus entspreche, daß erst das Rauscherlebnis eine primäre Übertragungsneurose in eine narzißtische Neurose verwandle, wirft Glover[7] das Problem auf, ob es nicht Fälle von Süchtigkeit gebe, die sich umgekehrt entwickeln. Nach ihm folgt auf eine tiefe Regression im Sinne der Paranoia während der zweiten Phase der Krankheit, der Wiederherstellung der Umweltbeziehungen, quasi als Heilungsprozeß die Süchtigkeit. Glover will aber seine Theorie nicht auf alle Fälle der Süchtigkeit angewandt sehen. Auch mir

1) Nach einem Vortrag, gehalten auf dem XIII. Internationalen psychoanalytischen Kongreß in Luzern am 28. August 1934.

2) Rado: Psychoanalyse der Pharmakothymie. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XX, 1934.

3) Abraham: Die psychologischen Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus. In: Klinische Beiträge zur Psa. 1921.

4) Abraham: Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido, Int. Psa. Verl., Wien, 1924.

5) Rado: Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XII.

6) Simmel: Zwang und Sucht. Bericht über den V. Allgemeinen Ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden. 26. bis 29. April 1930.

7) Glover: Zur Ätiologie der Sucht. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XIX, 1933.

scheint die zur Süchtigkeit führende Initialverstimmung keine einheitliche zu sein, d. h. nicht in allen Fällen die gleiche Genese zu haben. — Demnach ist die Analyse der Initialverstimmung die wesentliche Aufgabe der Analyse des Süchtigen.

In diesem Zusammenhang scheint mir der folgende Fall sehr instruktiv zu sein, weil sich an ihm die zur Sucht führende Initialverstimmung ihrer Struktur nach als ein primäres Krankheitsbild eindrucksvoll aufzeigen läßt. Die Sucht erscheint hier klar als eine sekundäre Krankheit, als Abwehr der durch den primären Krankheitsprozeß geschaffenen Initialverstimmung.

Eine 26jährige, unverheiratete, bis auf die Knochen abgemagerte Patientin sucht mich auf und beklagt sich, daß sie alkoholsüchtig sei. Bei genauerer Anamnese ergab sich, daß die Patientin unter einer sehr komplizierten Süchtigkeit litt, die sich in verschiedenen Perioden ihres Lebens verschieden äußerte. Als sie mich aufsuchte, trank sie jede Sorte schweren und leichten Alkohols, um sich zu berauschen, und da sie nicht immer leicht zu Alkohol kam, berauschte sie sich an Hoffmannstropfen (einem Äther-Alkoholgemisch), wodurch sie sich den Rausch billiger und schneller erkaufen konnte. Außer Alkohol und Äther nahm sie Unmengen von Abführmitteln, Thyreoideapräparaten und verschiedenen Salzen, desgleichen verschiedene homöopathische Präparate, sozusagen alles, außer Narkotika. Vor diesen hatte sie Angst. In den Perioden, da es ihr besser ging, konnte sie auf Alkohol verzichten; dann wurde die echte Sucht durch ein zwangsneurotisches System abgelöst. Sie schloß sich irgendeiner Ernährungsrichtung an, wurde Rohköstlerin, Vegetarierin, und ernährte sich eine Zeitlang unter Aufbietung aller ihrer moralischen Kräfte nach diesen Systemen, bis sie ihre Beherrschung wieder verlor und die Süchtigkeit abermals durchbrach.[8]

Hinter dieser komplizierten Suchtkrankheit stand als Motor die der Patientin bewußte Idee: keinen weiblichen Körper haben zu wollen. Diese Idee tauchte mit einer übermächtigen Wirksamkeit plötzlich auf, als die Pat. 15½ Jahre alt war, und zerstörte ihr Leben.

Die Pat. stammt aus einer wohlhabenden, kleinbürgerlichen Familie. Der Vater war ein athletisch gebauter Mann, robust in seinem Auftreten, in dessen Leben das Essen und Trinken eine große Rolle spielte, ohne daß er „süchtig" gewesen wäre. Er starb vor einigen Jahren an einer Nervenkrankheit, wahrscheinlich metaluetischen Ursprungs. Die Mutter ist eine zartgebaute, sehr liebenswürdige, nachgiebige, aber lebenstüchtige Frau, anspruchslos und bescheiden für die eigene Person, dabei aber den Anforderungen, die Mann und Tochter an sie stellten, entgegenkommend.

Patientin war das einzige Kind aus dieser Ehe. Sie ist nach normaler Zeit durch Zangengeburt geboren. Nach den Angaben der Mutter war sie ein ruhiger Säugling und wurde 9 Monate gestillt. Die Mutter erinnert sich nicht, daß die Entwöhnung und die Umgewöhnung zur festen Nahrung irgendwelche Schwierigkeiten verursacht hätten. Die Pat. war als Kind eine gute Esserin. Damals aß sie, wie der Vater, viel Fleisch. Sie war bis zu ihrem 15. Lebensjahr ein gesundes, begabtes Kind, etwas ängstlich und scheu vor dem Vater, aber in der Schule munter und leistungsfähig. Sie war kräftig entwickelt und wurde

8) Auf ähnliche Fälle weist Glover hin; schon dieser Wechsel von echter Sucht zu zwangsneurotischer Eßzeremonie weist auf die Rolle des Über-Ichs in der Suchtkrankheit hin.

deshalb öfters geneckt. Besonderen Eindruck machte auf sie, daß ein Lehrer sie vor der ganzen Klasse mit allzu großer und nicht mißzuverstehender Freundlichkeit neckte, sie anfaßte, betätschelte. Die Pat. gibt, übereinstimmend mit ihrer Mutter, dieses Ereignis als Grund dafür an, daß sie ihren Körper zu hassen anfing und unter allen Umständen mager werden wollte.

Nun ist dieses Phänomen keinesfalls selten. In diesem Fall aber vollzog sich die „Abmagerungskur" mit solcher zerstörender Wut, mit solcher Unnachgiebigkeit, daß wir berechtigt sind, einen schwerwiegenden psychischen Prozeß dahinter zu vermuten.

Die Pat. brachte es plötzlich fertig, in der Umgebung, in der sie bis dahin so gerne und so viel gegessen hatte, überhaupt nicht mehr zu essen. Sie verlor in einigen Monaten 60 Pfund. Von da an ist die Pat. trotzig, jähzornig, ungeduldig, maßlos anspruchsvoll. Ihre Charakteränderung ging so weit, daß sie die Nahrungsmittel zerstörte, verbrannte, ja sogar ins Klosett warf und in gelegentlichen Wutanfällen ihre Kleider und Wäsche zerriß und im Ofen verbrannte. Ihr ganzes Dasein wurde ein ständiger Kampf gegen das Dickwerden, und dieser Kampf wurde um so schwerer, als ihre Lust zu essen über das normale Maß hinaus zur wirklichen Gier wuchs. Zuerst blieb sie noch arbeitsfähig, und von Zeit zu Zeit, wenn sie durch irgend etwas einen Auftrieb bekam, entschloß sie sich zur Nahrungsaufnahme. Aber wenn sie aß, merkte sie, daß ihre Figur sich veränderte, daß sie zunahm, daß ihre Brüste wuchsen. Dann war es mit jedem guten Willen aus; sie hätte sich am liebsten zerreißen mögen, sich die Brüste abreißen, kurz, sie wütete gegen sich im wahren Sinne des Wortes. Dieser Kampf dauerte schon, durch verschiedene Sanatoriumsaufenthalte unterbrochen, Jahre an, ehe sie zum Alkohol griff.

Der Grundzustand war ein Kampf gegen die Polyphagie. Wenn je von einem Rausch des Essens zu sprechen war, dann in diesem Falle. Da die Pat. zur Bewachung der Entziehung zu mir in Pension kam, hatte ich Gelegenheit, die verschiedenen Arten und Formen dieser Polyphagieanfälle zu beobachten. Wenn die Pat. Alkohol getrunken hatte, verlor sie jede Hemmung und aß ungeheure Mengen ohne Einhalt. Sie aß die unmöglichsten Dinge, die schärfsten Gewürze, ohne daß ihr Magen revoltierte. Man gewann den Eindruck, sie betäube sich mit Alkohol, um sich diesen Triebdurchbruch gestatten zu können. Aber das war nur eine Rationalisierung der Alkoholsucht. Nach der Entwöhnungskur nämlich ergab sich, daß sie auch ohne alkoholisiert zu sein sehr große Quanten essen konnte. Statt des „alimentären Orgasmus" stellte sich immer Reue ein. Die Tatsache, daß sie gegessen hatte, machte sie tief unglücklich; sie hätte sich am liebsten zerrissen, das Gegessene wieder aus dem Körper entfernt. Bemerkenswerterweise aber tat sie nie etwas, um zu erbrechen. Der orale Weg blieb immer der Lust vorbehalten; die Pat. nahm nur massenweise Abführmittel. Wenn sie die Reue nicht ertragen konnte, berauschte sie sich.

Die Alkoholsucht ist auf dieser Grundlage so weit gediehen, daß sie alle Zeichen schwerster Suchtkrankheit aufweist. Patientin kann nicht auf die Straße gehen, ohne bei jeder Gastwirtschaft stehen zu bleiben; sie verschafft sich Alkohol auf jede Weise, entweder auf Kredit oder sie borgt oder stiehlt von der Mutter. Von sekundärer Wichtigkeit sind die anderen Suchtmittel, die wir einteilen können: 1. in Mittel, die der Abmagerung dienen: Thyreoideapräparate, Abführmittel; 2. in solche, die das Hungern erleichtern (z. B. Ersatznahrungsmittel), oder die den Appetit verringern; 3. in verschiedene, den einzelnen Diätschulen

entsprechende Nährmittel, die ihr ermöglichen sollen, ihrem Ich-Ideal gemäß zu leben.[9]

Aus der analytischen Anamnese möchte ich folgendes anführen. Pat. war ein sehr verwöhntes, einziges Kind. Sie erlebte eine sehr schwere Enttäuschung an dem Vater. In den ersten Lebensjahren konnte sich der Vater nicht genug tun in ihrer Verwöhnung; er warb um sie, er fütterte sie und spielte mit ihr, kaufte jeden Tag neue Spielsachen, besonders viele Puppen jeder Art, jeder Ausführung, mit den verschiedensten Kleidern. Plötzlich änderte der Vater sein Verhalten. Er wurde grob zu ihr, geizig, kaufte ihr nicht einmal das Notwendigste. Er haßte sie und befahl ihr zu arbeiten. Er verlangte von ihr, daß sie in den Wirtshäusern Futter für die Hühner hole, daß sie mit Futtereimern über die Straße gehe. Er hatte, wie im Märchen, aus der Prinzessin eine Dienstmagd gemacht. Das klingt wie eine „Deckerinnerung", wie eine Phantasie der Patientin, aber das war nicht der Fall. Die Charakterveränderung des Vaters fing schon Jahre vor seiner metasyphilitischen Erkrankung an und wurde zu einer tiefen Erschütterung für die Patientin.

Patientin wurde scheu und schüchtern dem Vater gegenüber und haßte ihn. Sie haßte seine Eßlust, seine grobe athletische Figur, und sie haßte später an sich selbst besonders die Ähnlichkeit mit dem Vater. Ihr bewußtes Ich-Ideal wurde ein Gegensatz zum Vater, und ihr ganzes Streben ging darauf, die Ähnlichkeit mit dem Vater zu zerstören. Diesen Konflikt sucht sie in ihrem Bestreben nach einem neuen Lebensstil auszutragen, in dem Bemühen, ein nicht materialistisch triebgebundenes Leben zu führen.

In der Pubertät erlebte die Pat. die schon erwähnte schwere Erschütterung, als der Lehrer, die Vaterimago, sich ihr sinnlich-zärtlich näherte. Sie reagierte darauf mit tiefster Regression. Sie lehnt die weibliche Rolle ab. Die Ablehnung beschränkt sich aber nicht allein auf die uns bei der Hysterie gut bekannte Verdrängung der vaginalen Sexualität. Die Regression geht weiter; sie erfaßt den ganzen Körper. Sie lehnt von nun an den ganzen weiblichen Körper mit allen ausgesprochen weiblichen Attributen ab, weil dies alles dem Manne zum Sexualobjekt diene. So lautet ihre Rationalisierung. Aber dieser gegen die Weiblichkeit gerichtete Vernichtungsdrang dient eigentlich der Abwehr der verdrängten Homosexualität. Es ist auffallend und für den Ablauf des Krankheitsprozesses charakteristisch, daß die Patientin, die auch in ihrem weiteren Schicksal von Männern oft enttäuscht wurde, dennoch immer wieder bei diesen Zuflucht sucht, während sie Frauen mit pathologischem Mißtrauen und Haß begegnet. Trotz aller realen Enttäuschungen bei Männern zeigt es sich sofort am Anfang der Behandlung, daß der Haß gegen die Frau tiefer, unnachgiebiger, ja psychotisch ist, im Vergleich zur Ambivalenz gegen die Männer. Dieser paranoide Haß gegen die Frau war der gleiche Haß, mit dem sie auch gegen den eigenen Körper wütete, und der auch in der Übertragung in psychotischer Offenheit zutage kam.

Der Haß gegen die Mutter äußerte sich in verschiedenen direkten und indirekten Schädigungstendenzen, ja er ging bis zu groben Beschimpfungen oder

9) Ähnliche Fälle veröffentlicht Wulff, unter denen einer, die Pat. B., nicht nur polyphag war, sondern auch süchtig wurde. Unser Fall ist insofern aufschlußreicher, als es sich bei unserer Pat. nicht um eine durch akzessorische Krankheit (Gallensteinkolik) aktivierte Sucht handelt, sondern um eine Krankheit, deren ursächlicher Zusammenhang mit den Phasen der Eßlust und Eßverbote klar zutage tritt. Vgl. Wulff: Über einen interessanten oralen Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XVIII, 1932.

Tätlichkeiten. Am Anfang der Behandlung versuchte sie, zwei Mütter gegeneinander auszuspielen, beide Mütter zu schädigen. Dies kam ganz offen zutage, als die Übertragung mit voller Ambivalenz funktionierte. Damals träumte sie: *„Ich habe ein ganz kleines Baby auf dem Arm. Ich hasse sonst Babies, aber dieses Kind habe ich an mich gedrückt. Das Kind gehörte Ihnen. Ich wollte das Kind liebkosen und war dabei ‚unartig', d. h. ich küßte das Kind so, wie man ein Kind nicht küßt, gierig, erotisch, leckend, auffressend."* Bei der Pat. war die Libido hauptsächlich an der Mundzone konzentriert, sonst war sie frigid. Bald ist ihr eindeutig klar, daß sie im Kinde die Brust umarmt, küßt und aufessen möchte.

Nach diesem Traum war sie trotz scheinbarer Einsicht, oder eben wegen dieser, sehr aufgeregt und agierte an demselben Nachmittag in folgender Weise. Sie verlangte sehr viel zu essen. Als ihr auf einem Tablett zusammengestellt wurde, was sie verlangte, merken wir, daß außerdem noch eine Flasche Buttermilch und eine Packung Käse fehlen, die sie mitgenommen hatte. Ich gehe zu ihr. Die Tabletts stehen leer auf dem Korridor. Es ist unmöglich, daß sie diese Mengen inzwischen hätte aufessen können. Sie hatte die Nahrungsmittel verlangt und weggenommen, nicht um sie zu essen, sondern um sie zu verstecken und zu vernichten, was sie höhnisch, über mich triumphierend, zugibt.

Was hier in der Übertragung agiert wird, ist nicht allein oraler Trotz, nicht allein Verweigerung der Nahrung. Es ist im tiefsten Sinne gegen die Mutterbrust gerichtete orale Aggression, die hier mit der der oralen Stufe entsprechenden Ambivalenz ausgelebt wird. Zuerst brach der Einverleibungswunsch im Traum durch, der sich als Eßgier äußert. Die Befriedigung dieses Wunsches würde die Entwicklung der Weiblichkeit fördern, die Identifizierung mit der gehaßten Mutter manifestieren, weswegen er abgelehnt wird. Sie vernichtet die Mutter und die Mutterbrust in der symbolischen Handlung der Vernichtung von Nahrungsmitteln, aber ebenso vernichtet sie den eigenen weiblichen Körper, die eigene Brust, indem sie sich kasteit, sich das Essen versagt. Was wir hier in der Übertragung vor unseren Augen sich entwickeln sehen, ist derselbe Prozeß, dieselbe Abfuhr aggressiver Tendenzen, die seit ihrer Erkrankung in den Hungerperioden und in den Vernichtungsanfällen immer wiederholt wurde.

Die Patientin leidet maßlos unter diesem Konflikt: Das Essen, als Triebbefriedigung an sich unumgänglich, ist bei ihr in den polyphagen Anfällen noch pathologisch gesteigert, während die durch den Triebdurchbruch ausgelöste Reue die Tendenz zur Selbstvernichtung immer von neuem verstärkt.

So entsteht folgender Kreis: Der Ausgang des ursprünglichen Triebkonfliktes verlangt: 1. die Vernichtung der eigenen Weiblichkeit — dies geschieht durch 2. Versagen der oralen Befriedigung. — Darauf folgt: 3. Hunger. Der Hunger löst 4. Triebdurchbruch aus — darauf folgt 5. Reue und neuerdings 6. Angst vor der eigenen Weiblichkeit, darauf folgt wiederum 7. ein Eßverbot, das zur Vernichtung des weiblichen Körpers führen soll.

In diesem in sich geschlossenen Kreis, der sozusagen den Querschnitt der Krankheit darstellt, wütet, wie wir sehen, der Krankheitsprozeß nach der Regression auf die orale Stufe. Zu der Entstehung dieser Regression habe ich

einige analytische Erklärungen mitgeteilt, ohne eine vollständige Analyse geboten zu haben. Fassen wir in aller Kürze zusammen: Eine sehr starke Verwöhnung durch den Vater, große Liebe zu ihm — zeigt die normale Ödipusphase an. Darauf folgte eine tiefe Enttäuschung durch den Vater, worauf sie mit Haß reagierte. Dieser Haß brachte die Ablehnung des Mannes als Sexualobjekt mit sich und verstärkte die narzißtische Besetzung des eigenen Körpers. Sie wurde genital frigid, suchte aber trotzdem die Beziehung zu Männern aufrechtzuerhalten, weil diese ihr als Abwehr gegen die verdrängte Homosexualität diente. Dieser Kampf gegen die ubw. Homosexualität treibt sie in einen paranoiden Abwehrkampf gegen die Mutter, zugleich immer tiefer in die orale Regression hinein, so daß die Zerstörung der Mutter und der eigenen Weiblichkeit auf der oralen Stufe der einstmaligen Identifizierung erfolgt.

Bevor wir das Symptom, das sich in der Idee: „Ich will keinen weiblichen Körper haben" darstellt, näher untersuchen, möchte ich noch einen zweiten ähnlich strukturierten Fall anführen, der zwar nicht zur Sucht führte, aber im Aufbau des primären Krankheitsprozesses sehr viel Ähnlichkeit mit unserem ausführlich geschilderten ersten Fall hatte.

Diese Patientin war ein 21jähriges Mädchen, von Körperbau schlank und knabenhaft, dem Vater ähnlich. Sie ist die jüngere von zwei Geschwistern. Die ältere Schwester ist im Gegensatz zur Patientin von pyknischem Habitus. Die Pat. stand, soweit sie sich erinnern kann, immer in einer bewußten Opposition zur Mutter, die die erste Tochter als „ihre Tochter" besonders vorzog. Diese war leicht erziehbar, liebenswürdig, extravertiert, während unsere Pat. scheu und arbeitsgehemmt war, sich der Konkurrenz mit der begabten Schwester nicht gewachsen fühlte und immer mehr introvertiert wurde. Es half ihr auch nichts, daß sie als „die Tochter des Vaters" galt, vom Vater verwöhnt wurde, weil der Vater doch zur Mutter hielt und das trotzige, gehemmte Mädchen öfters strafen mußte. Das erbitterte Kind war mit 11—12 Jahren ausgesprochen depressiv, vielleicht sogar suizidgefährdet gewesen. Bis zu ihrem 15. Lebensjahr war in der Ernährung nichts Wesentliches zu merken. Nach der Pubertät fing sie an, zuerst die Fleischnahrung zu meiden; später ging sie so weit, daß sie die gekochte Nahrung, nachher sogar jede nahrhafte Nahrung mied und sich nur noch mechanisch mit Äpfeln und Tomaten fütterte, die sie allerdings pfundweise aß, um kein Hungergefühl zu bekommen und dabei doch sicher zu sein, daß sie nicht dick würde. Bei gelegentlichen Triebdurchbrüchen aß sie Keks in großen Mengen, um sich nachher in Reue zu zerreißen und im Wutanfall gegen die Mutter und Schwester zu toben, die sie zum Essen, zum Dickwerden verführten.

Mutter und Schwester gegenüber fiel ihr paranoid-mißtrauisches Verhalten auf. Während andere Paranoiker Angst haben, vergiftet zu werden, oder schlechte Nahrung zu bekommen, war unsere Pat. in ständiger Angst, daß die Mutter oder Schwester sie zum Essen verführen könnten. Für sie war jede Nahrung, durch welche sie ein Gramm hätte zunehmen können, soviel wie Gift; und sie vermied sie mit einer entsprechenden Reaktion. Sie selbst aber verfolgte die Mutter und die Schwester mit dem gleichen, was sie von ihnen befürchtete; sie kontrollierte ihre Nahrungsaufnahme und versuchte sie zu überreden, alles das zu tun, was sie für ihre eigene Person so streng vermied. Sie wählte Gymnastik als Beruf, trieb viel Sport, ging die weitesten Wege zu Fuß, um ständig in Bewegung zu

sein und sicher abzunehmen. Ebenso bewachte sie aber die Mutter und die Schwester, daß diese ja immer fahren sollten. Sie zwang sie zu denselben Giften, die sie für sich so ängstlich vermied. Die Aggression, die sich in diesem Verhalten äußerte, ist offensichtlich. Die Pat. war beherrscht von der Idee, nicht essen zu wollen, um keinen weiblichen Körper zu bekommen, um nicht zu werden wie die Mutter, die sie haßte und in ihrem eigenen Körper tötete.

Ohne auf das nähere analytische Material einzugehen, fasse ich zusammen, daß auch in diesem Falle das Eßverbot der Idee entstammt, keinen weiblichen Körper haben zu wollen. Diese Idee ist die Folge eines Triebkonfliktes zwischen der oralen Angst vor der Mutter und dem oralen Haß gegen dieselbe. Durch die Identifizierung richtet er sich gegen den eigenen Körper und ruft eine paranoide Erkrankung hervor mit einer gegen die eigene Person gerichteten Aggression.[10]

Wir sehen in diesen beiden Fällen, daß der primäre Krankheitsprozeß — Verdrängung und darauffolgende Regression — zur Ablehnung des eigenen weiblichen Körpers führt. Diese Ablehnung wird durch den im System W-Bw manifesten Imperativ aufrechterhalten: „Du darfst nicht essen, um keinen weiblichen Körper zu haben." Es muß uns die Frage interessieren, woher diese Idee die ihr innewohnende Energie bekommt, wodurch sie mit einer solchen Unerbittlichkeit und Unkorrigierbarkeit die Persönlichkeit beherrscht und ruiniert.

Wenn wir diese Idee als ein Symptom auffassen, fällt uns auf, daß es von Anfang an als ein wesentlicher Bestandteil des Ichs empfunden wurde. In Fällen von „Übertragungsneurosen besteht zwischen Ich und Symptom ein Kampf". Dieser Kampf „spielt sich auf verschiedenen Schauplätzen ab und bedient sich mannigfaltiger Mittel". „Und es ist oft der Fall, daß das Symptom mit der Zeit vom Ich einverleibt wird."[11] Das von uns behandelte Symptom zeigt aber, daß bei ihm keine solche „Zeit und nachdrängende Arbeit" notwendig waren; das Symptom trat vom ersten Augenblick an als ein unverrückbarer Anteil des Ichs auf. Diese Eigenschaft haben nur die Symptome, die durch einen psychotischen Prozeß ausgelöst werden. Während Phantasien oder Zwangsideen, auch sonst jedes neurotische Symptom außerhalb des Ichs stehen, und das Ich ihnen quasi zuschaut oder mit ihnen kämpft, ist jede Wahnidee ein zentraler Bestandteil des Ichs. Wenn eine Vorstellung, eine Idee den Ton der Wirklichkeit bekommen hat, ist eine Ich-Veränderung vor sich gegangen, die jede weitere Realitätsprüfung entscheidend beeinflußt.

Wie kommt eine solche Ich-Veränderung zustande? Die Psychosenforschungen Freuds führten ihn zu der Annahme, daß am Anfang jeder Psychose

10) Ich weise hier auf Freuds Auffassung über die Entwicklung der weiblichen Paranoia hin; vgl. Freud: Über die weibliche Sexualität. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XVII, 1931. Freud meint, daß die Angst, von der Mutter gegessen zu werden, die Fixierungsstelle für die weibliche Paranoia sei. In diesem Fall entwickelte sich eine Umkehrung ins Gegenteil, auf deren Struktur ich hier nicht näher eingehen kann.

11) Freud: Hemmung, Symptom und Angst. Ges. Schr., Bd. XI.

die „Welt untergeht", d. h. daß in einer tiefen Regression alle Objektbeziehungen und auch alle normalen libidinösen Besetzungen des Körperschemas zurückgenommen werden (Federn).[12] Die Welt geht unter, das Individuum ist im Augenblick des psychotischen Geschehens — für welche kurze Zeit auch immer — nur Es. Diese psychotische Regression geht, wie jede Regression nach der Annahme von Freud, mit Triebentmischung einher, und Aggression wird frei.

Nach dem Moment der tiefsten Regression fängt der Prozeß der Restitution an. Dieser „Heilungsversuch" ist das, was wir als psychotisches Krankheitsbild vor uns sich entwickeln sehen. In diesem Restitutionsprozeß wird aber nicht nur die Bindung der Libido an Objekte neu versucht, wie es die bisherigen Beobachtungen hauptsächlich hervorhoben, sondern die Restitution geschieht auch durch Neuverwendung der freigewordenen Aggression. Das Symptom stellt also eine neue Triebmischung dar und die Struktur des Krankheitsbildes hängt nicht nur von dem Schicksal und Quantum der Libido ab, sondern auch von dem Schicksal des bei der Regression freigewordenen primären Aggressionstriebes. Die Bindung desselben und seine Abwehr kann sehr verschieden sein und wird uns bei genauer Untersuchung sicher Gelegenheit bieten, feinere Unterschiede in der Struktur der Psychosen festzustellen. Als Beispiel könnte man das gutbekannte Schicksal des Aggressionstriebes in der Melancholie anführen, wo die dem einverleibten Objekt geltende Aggression im Über-Ich gebunden und so weitgehend gegen das Ich gerichtet ist, daß das Ich dadurch wie gelähmt wird. Anders verhält es sich schon bei den sogenannten manisch-depressiven Mischformen,[13] wo die Aggression nicht so einheitlich gebunden ist, sondern im Ich teilweise freiflottierend bleibt und als bewußter Affekt, als Haß oder Zerstörungswut abreagiert werden muß.[14]

In unserem speziellen Fall findet die Aggression ihre Bindung durch die Entstehung eines Symptoms, was eine Veränderung im Ich hervorruft. Die bei der Regression freigewordene Aggression wird dem System W-Bw zugeführt und besetzt dort die Repräsentanz des Triebkonfliktes, d. h. die Idee: keinen

12) Federn: Narzißmus im Ich-Gefüge. Int. Ztschr. f. Psa., Bd. XIII, 1927.

13) Es wäre einer genaueren Untersuchung wert, festzustellen, wieweit die echten Süchte zu diesen manisch-depressiven Mischformen gehören.

14) Ähnliche Gesichtspunkte verfolgt Eidelberg in seinem Kongreßvortrag: Entwurf einer vergleichenden Neurosenlehre, indem er versucht, Neurosenquerschnitte zur diagnostischen Bestimmung zu verwenden. Das Wesentliche an dieser Einteilung ist der quantitative Anteil von Eros und Thanatos und die Intensität der Abwehr ebenso wie die Beteiligung der einzelnen seelischen Instanzen an der Bindung und Abwehr dieser Triebe. Die Darstellung der obigen Krankengeschichten verfolgt dasselbe Ziel. Der Eindruck, den man bei der genauen Durchforschung psychotischer und sogenannter Grenzfälle bekommt, ist, daß der bei der Regression freigewordene Aggressionstrieb das prägenitale Erlebnis in seiner Intensität verändert. Erst die Annahme eines primären Aggressionstriebes und primären Masochismus bietet uns die Handhabe, unsere Kenntnisse auf diesem Gebiet zu vertiefen.

Frauenkörper haben zu wollen. Durch diese Besetzung wird die Idee ein wesentlicher Bestandteil des Ichs. Es widerstrebt mir zu sagen: des Über-Ichs. Das Kriterium des Über-Ichs ist nämlich nach „Ich und Es" seine Zugehörigkeit zum System Ubw. Diese Idee, die wir hier als einen umgrenzten, aber unverrückbaren Anteil des Ichs beschrieben haben, ist immer bewußt, gehört also topisch dem Ich an. Aber ihr wohnt eine dem Über-Ich gemäße Strenge inne. Das Ich ist der Idee ausgeliefert; wenn das Ich sich ihrer Macht entzieht, entsteht Angst und Reue. Die Gewissensspannung, die Strafe für das Ich, ist ebenso groß, wie wir es sonst bei Über-Ich-Konflikten kennen. Die dynamische und ökonomische Funktion dieser Idee entspricht also der Funktion des Über-Ichs — topisch gehört sie aber dem Ich an.

Nun stellen wir die Frage, ob es möglich ist, dieses Symptom anderen Symptomen gegenüber diagnostisch genauer zu bestimmen.

Ich möchte an dieser Stelle einen alten psychiatrischen Krankheitsbegriff in Erinnerung rufen, der in der Psychoanalyse keine Beachtung erfuhr: die überwertige Idee. Der Begriff stammt von Wernicke,[15] der ihn jedoch gegen Zwangs- und Wahnvorstellung nicht genügend klar abgrenzen konnte. Dadurch kam es, daß der Begriff immer wieder abgelehnt und seine Geltung umstritten wurde. Während manche Autoren alle möglichen affektbesetzten Vorstellungen, wie auch Zwangsideen und Zwangsvorstellungen, in den Begriff der überwertigen Idee zusammenfassen und das Kennzeichnende allein in dem anhaltenden Gefühlston suchen, versteht Bleuler[16] unter dem Begriff überwertige Idee eine solche, die sich immer aufdrängt, die aber zum Unterschied von den autochthonen Ideen nicht als fremd, und zum Unterschied von Zwangsideen nicht als unrichtig empfunden wird. So versucht Bleuler die überwertige Idee einerseits der Zwangsidee und andererseits der Wahnidee gegenüber phänomenologisch abzugrenzen.

Nach den Überlegungen über die Struktur unserer Fälle wird es uns nicht schwer fallen, der Bleulerschen Definition zuzustimmen und sie vom Standpunkt der Psychoanalyse aus schärfer zu fassen. Wir könnten uns durch die überichgemäße Funktion der überwertigen Idee verleiten lassen, unsere Aufmerksamkeit mehr auf gewisse Ähnlichkeiten derselben mit den Zwangsideen zu lenken. Metapsychologisch gesehen unterscheiden sich beide Gruppen von Ideen jedoch beträchtlich. Das zwangsneurotische Symptom, auch die Zwangsidee, entsteht aus einer Regression auf die analsadistische Phase, wobei die Objektbeziehungen auf dieser Stufe der Libidoorganisation bestehen bleiben. Die hier durch die Regression freigewordene Aggression verstärkt nur allgemein das Über-Ich, ruft aber keine Veränderung im Ich hervor. Im Gegen-

15) Wernicke: Über fixe Ideen. Dtsch. med. Wschr. 1892.

16) Bleuler: Affektivität, Suggestibilität, Paranoia, 1926, und: Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin, 1920.

satz dazu entspricht die überwertige Idee einer tieferen Regression, die bis zur Aufhebung aller Objekt- und Ich-Besetzungen führte, sie entstammt also einer psychotischen Regression. Wir sehen also in der überwertigen Idee eine monosymptomatische Psychose.

Wir wollen weiterhin untersuchen, ob sich die überwertige Idee gegenüber der Wahnidee noch schärfer abgrenzen läßt.

Der Wahn wird „wie ein aufgesetzter Fleck dort gefunden, wo ursprünglich ein Einriß in der Beziehung des Ichs zur Außenwelt entstanden war" (Freud).[17] Auch bei der Psychose werden zwei Schritte deutlich, von denen der erste das Ich von der Realität losreißt, der zweite aber den Schaden wieder gutmachen will (Freud).[18] Diese zweite Phase ist es, die neue Objektbeziehungen (neue Beziehungen zur Wirklichkeit) schafft. Im Falle der echten Wahnidee entsteht dies durch Projektion. Die durch die Regression freigewordenen Affekte, und zwar sowohl die libidinösen als auch die aggressiven, werden, quasi neu gemischt, aufs neue an Objekte gebunden. Die nach der Projektion apperzipierte Umwelt erscheint verändert. Dies ist der Fall bei allen paranoiden Wahnideen. Hierin liegt nun auch der Unterschied gegenüber der überwertigen Idee. Bei dieser findet keine Projektion statt. Die durch den Prozeß freigewordenen Affekte, die libidinösen ebenso wie die aggressiven, werden innerhalb der Instanzen des seelischen Apparates verarbeitet, gebunden. So entsteht auch für die Apperzeption keine Veränderung der Umwelt, sondern es entsteht nur eine Ich-Veränderung, die als neue Struktur innerhalb der Persönlichkeit wirksam wird.

Kurz zusammengefaßt: Die überwertige Idee unterscheidet sich von der zwangsneurotischen dadurch, daß sie einer tieferen Regression entspricht, wodurch eine Ich-Veränderung entsteht. Diese Ich-Veränderung entstammt — wie jeder Wahn — einer psychotischen Regression, unterscheidet sich aber etwa von der Paranoia dadurch, daß die in der Regression freigewordenen Affekte nicht wie bei dieser durch Projektion in die Umwelt gebunden werden, sondern innerhalb der Instanzen des seelischen Apparates. Dadurch wird nicht eine Umweltveränderung wahrnehmbar, sondern nur eine Ich-Veränderung.[19]

17) Freud: Neurose und Psychose. Ges. Schr., Bd. V.

18) Freud: Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. Ges. Schr., Bd. VI.

19) Es ist gewiß nicht unwesentlich, daß die überwertige Idee mit dem Inhalt der Vernichtung des eigenen Körpers durch orale Versagung meistens bei Frauen vorkommt. Dies zeigt auch das von Wulff veröffentlichte Material (l. c.). Es läßt sich mit anderen Befunden über den weiblichen Narzißmus (Harnik: „Schicksale des Narzißmus bei Mann und Weib." Int. Ztschr. f. Psa., Bd. IX, 1925) in Verbindung bringen, daß diese Fälle so oft Frauen betreffen. Der weibliche Narzißmus befindet sich immer auf einem Rückzug von den Genitalien und besetzt so den ganzen Körper. So erscheint uns verständlich, daß er in der Vernichtung ebenso wie in der Bejahung so oft den ganzen Körper ergreift. Bei Männern zentriert sich der Narzißmus viel mehr um das Genitale, bzw. um den Penis; durch die positive Besetzung des Penis werden sich narzißtische Wahnideen meistens auf das Geni-

In unserem Fall ist die Abgrenzung vom echten Wahn besonders leicht und einleuchtend, da das Symptom ebenso wie die ihm vorangegangene Regression allein den eigenen Körper ergriffen hat, der das Objekt der überwertigen Idee wurde.

Fragen wir jetzt, ob wir durch die Einführung dieses Krankheitsbegriffes etwas für die allgemeine Neurosenlehre gewonnen haben. Es erscheint uns aus allgemeinen Gesichtspunkten auch wesentlich, in der überwertigen Idee ein prägnantes Beispiel für die „synthetische Funktion des Ichs" gefunden zu haben. Das Ich bindet mit seiner Libido die Aggression, und die so entstandene neue Struktur ist stabil. An dieser Stelle ist der Abwehrkampf gegen den primären Triebkonflikt abgeschlossen. Aber das Gesamtgleichgewicht des seelischen Apparates ist dadurch nicht größer geworden; im Gegenteil, es ist in einer Richtung ständig gestört. Die überwertige Idee löst infolge ihrer aggressiven Strenge neue Konfliktspannungen aus, deren Bewältigung den seelischen Apparat vor neue Aufgaben stellt. Der Über-Ich-Charakter der überwertigen Idee macht es uns verständlich, daß der Bewältigungsversuch zuerst eine Depression ist, und ebenso, daß die orale Triebspannung gesteigert wird. Die auf diese Weise zustande gekommene Konfliktspannung kann aber intrapsychisch nicht mehr bewältigt werden. Es ist uns so verständlich geworden, daß das Symptom, welches ursprünglich die orale Befriedigung versagte, auf einer anderen Stufe die orale Befriedigung erzwingt, und dadurch die Sucht, als ein zweiphasiges Symptom, auslöst.

Wir haben aber schon einleitend gesagt, daß diese Struktur der Initialverstimmung keinesfalls allgemein ist. Wir halten diesen Fall von Sucht, wo hinter der Sucht eine monosymptomatische Psychose in der Form einer überwertigen Idee als Ursache steht, die ihrerseits die orale Triebspannung automatisch steigert und dadurch zur Sucht führt, nur für eine spezielle Form der Suchtkrankheit.

Die Initialverstimmung in anderen Fällen von Süchtigkeit wird durch anders strukturierte Triebkonflikte aufrechterhalten, die aber alle das Gemeinsame haben: ihre depressiv gefärbte, drängende Spannung läßt sich auf intrapsychischem Wege allein nicht mehr bewältigen; sie wirkt nach außen wie ein Trieb und erzwingt die Entspannung durch den gesetzmäßigen Ablauf der Sucht.

Wir wissen (vgl. Hemmung, Symptom und Angst), daß das Ich gegen den

tale, bzw. auf ein Ersatzorgan hiefür, beziehen. Es ist nach dem Gesagten einleuchtend, daß der Mechanismus der überwertigen Idee sehr oft mit dem Inhalt eines hypochondrischen Wahnes auftritt. D. h. die hypochondrischen Wahnideen ebenso wie manche depressive Wahnideen haben Ähnlichkeit mit der überwertigen Idee. Aber es gibt auch überwertige Ideen, in deren Mittelpunkt nicht der Körper oder ein Teil von ihm steht. Denken wir z. B. an überwertige Ideen, die der Persönlichkeit Aufgaben stellen, etwa die Welt verbessern zu müssen. In diesen Fällen ist aber die Welt auch nicht, wie bei einer echten projizierten paranoiden Idee, verändert, sondern es wird ihre Änderung im Sinne der Ich-Veränderung angestrebt. Wir müssen uns dabei vergegenwärtigen, daß in diesen Fällen weit mehr als in den von uns behandelten das Symptom von narzißtischer Libido getragen ist.

primären Triebkonflikt einen Kampf führt, der nur in ganz vereinzelten Fällen durch eine einmalige Symptombildung abgeschlossen ist. Die immer drängende, nach außen wie ein Trieb wirkende Suchtkrankheit gibt uns ein bezeichnendes Beispiel für diesen Kampf des Ichs gegen den Triebkonflikt, und es scheint, daß man, von diesem Gesichtspunkt aus, die Suchtkrankheit noch unter eine allgemeinere Gesetzmäßigkeit einordnen könnte.

Im allgemeinen muß das Ich sich nach der Symptombildung entweder mit dem Symptom abfinden oder die durch das Symptom geschaffene neue Konfliktspannung meistern. Am einfachsten gelingt dies in Fällen von Konversionshysterie. In der Zwangsneurose ist dieser Kampf schon merkbarer und länger anhaltend. Es ist aber charakteristisch für die Neurose, daß dieser Kampf innerhalb der Instanzen des seelischen Apparates (Es-Ich-Über-Ich) geführt und die Außenwelt in den Prozeß nicht miteinbezogen wird.

Ganz anders ist es bei Psychosen. Die Störung des Gleichgewichtes, der psychotische Prozeß, zerstört die Verbindung mit der Außenwelt. Der Heilungsversuch hat die Aufgabe, diese Verbindung wiederherzustellen. Solange ein — wenn auch pathologisches — Gleichgewicht nicht erreicht wird, wird der Mechanismus der Projektion fortgesetzt, die Affektspannung wird von innen nach außen abgeführt. Die immer nachdrängende Affektspannung wirkt in diesem Sinne umweltverändernd, alloplastisch.

Umgekehrt ist der Ablauf bei der Melancholie. Das gehaßte Objekt, also das Objekt, dem gegenüber die libidinöse Beziehung den psychotischen Riß erfahren hat, wird in das Ich hineingenommen und verursacht somit eine Veränderung des Ichs. Die Richtung der Wiederherstellung der Objektbeziehungen ist von außen nach innen — und in diesem Sinne ist die Melancholie autoplastisch. Wir wissen, daß die orale Veranlagung, Fixierung und Regression die Vorbedingungen dieses Mechanismus bilden.

Ganz ähnlich ist der Mechanismus bei der Suchtkrankheit. Hier ist es auch nicht möglich, die Konfliktspannung intrapsychisch zu bewältigen, weshalb sich der seelische Apparat gemäß seiner Tendenz nach Ruhe und Entspannung mit der Umwelt in Verbindung setzen muß, und dies geschieht (im Gegensatz zu den paranoiden Prozessen) von außen nach innen. Ganz unabhängig davon, welcher Art die neurotischen oder psychotischen Prozesse sind, die die Initialverstimmung aufrechterhalten, wird in der Sucht wiederholt der Versuch gemacht, die innere Spannung durch Einverleibung zu lösen. Ich erinnere an die Ähnlichkeit mit den Perversionen, an die symbolische Bedeutung der Suchtmittel, die als Partialobjekte oder Ersatzobjekte dienen, und durch neue Erosverwendung neue Synthese zu schaffen versuchen. Ein endgültiges Gleichgewicht ist aber nicht zu erreichen, da die bindenden Kräfte des Ichs schon in dem primären Konflikt erschöpft sind. Die Abfuhr der im primären Triebkonflikt oder der durch das primäre Symptom entstandenen Affektspannung geschieht autoplastisch, indem versucht wird,

das Ich durch das von der Außenwelt in das Ich einverleibte Suchtmittel zu ändern. Der Weg der Einverleibung ist oral, und hier durch die Regression auf die orale Stufe noch besonders vorgezeichnet und verstärkt. So kann es uns nicht wundern, daß die Gesetzmäßigkeit des oralen Mechanismus zu den ersten und bestfundierten Errungenschaften dieses Forschungsgebietes gehört.

Zur Psychoanalyse amentia-ähnlicher Fälle[1]

Von

Endre Almásy

Budapest

I.

Die Diagnose der Amentia ist in der Psychiatrie unsicher. Ich vermeide es daher, die Benennung Amentia im engeren Sinne zu gebrauchen und spreche in den drei im folgenden mitgeteilten psychoanalytischen Krankengeschichten nur von amentia-ähnlichen Zuständen.

Meynert faßt eine Reihe akuter Geisteskrankheiten unter dem Namen Amentia zusammen. Aus diesem Konglomerat von Krankheitsbildern ist die Amentia Kraepelins besonders zu beachten. In der älteren Auffassung Kraepelins[2] ist die Amentia eine akute Geisteskrankheit, die eine faßbare, äußere Ursache hat: Erschöpfung, Blutverlust, schwere Krankheit oder Kindbett. Später bezeichnet er in erster Linie die Infektionskrankheiten als ätiologische Faktoren, während die Erschöpfung nicht mehr betont wird. Auch in der Auffassung Kraepelins ist die Amentia ein Sammelbegriff, im wesentlichen für exogene Reaktionsformen; die Prognose ist günstig, da ja mit dem Schwinden der vorausgesetzten Ursache die Heilung eintritt. Aus diesem Grund ist die Diagnose auch von praktischer Bedeutung. Die charakteristischen Symptome sind: Desorientierung, traumartige Verwirrtheit, Illusionen und Halluzinationen, an Deliriumzustände erinnerndes Fabulieren, Gedankenflucht, motorische Unruhe, wechselnd mit Ideen-Stocken, Hemmungen, Stupor. Die Kranken haben Angstzustände, sind ratlos, in immer wechselnder Stimmung, nicht selten arg verstimmt. Die körperlichen Symptome sind hauptsächlich Temperatur- und Gewichtsabnahme, Schlaflosigkeit, verlangsamter Puls. Vollkommene Heilung erfolgt frühestens in ein bis zwei Monaten und wird zumeist durch Gewichtszunahme eingeleitet. — Bleuler[3] versteht unter Amentia einen länger andauernden Zustand, der den Eindruck einer selbständigen Krankheit macht, die in ihren Symptomen von den Dämmerzuständen und Delirien schwer zu unterscheiden ist. In der Ätiologie nennt er Infektionskrankheiten, Kindbettfieber, chronische Nierenkrankheiten. Seiner Meinung nach handelt es sich um jene Erkrankungen, die von Verwirrtheitszuständen von in der Regel wochen- und monatelanger Dauer begleitet sind; positive Kennzeichen sind eigentlich nicht vorhanden, die Diagnose sei nur *per exclusionem* zu stellen. Nach seiner Ansicht war im früheren Amentia-Begriff oft die schizophrene Verwirrtheit miteingeschlossen, und wenn wir

---

Anmerkung der Redaktion: Der Autor hat den Wunsch ausgesprochen, daß seine Arbeit hier in derselben Fassung veröffentlicht werde, in der sie seinerzeit (in ungarischer Sprache) im Rahmen der Gedenkschrift für Ferenczi erschienen ist. Wir geben diesem Wunsche statt, glauben aber, hervorheben zu sollen, daß uns insbesondere die nosologische Stellung der beschriebenen Krankheitsbilder (und damit auch manche theoretische Folgerung) wesentlich problematischer erscheint, als es der Verfasser selbst betont.

1) Nach einem Vortrag, gehalten im Magyarországi Psichoanalitikai Egyesület am 14. März 1931.

2) Siehe in seinen Lehrbüchern. Kraepelins Auffassung und deren Wandel ist bei Brezowsky: Amentia u. schizophrene Reaktion, Neur.-Ps. W. 1926 kurz dargestellt.

3) E. Bleuler: Lehrbuch d. Psychiatrie, II. A., 1920, S. 272—273.

uns der Kraepelinschen Auffassung der Schizophrenie anschließen, müssen wir feststellen, daß die Amentia als selbständige Krankheitsform sehr selten ist.

In L. Binswangers[4] Beschreibung kommt die Theorie der Erschöpfung wieder zur Geltung, er behandelt die Amentia als eine Untergruppe der Erschöpfungspsychosen. Bei Moravcsik,[5] der in der Symptomatologie hauptsächlich Kraepelin folgt, spielen in der Ätiologie Vergiftung, gelegentlich auch Autointoxikation, Trauma, Operation, Gemütserschütterung eine Rolle. Brezowsky[6] verwischt in seiner kurzen, kritisch zugespitzten Arbeit die Selbständigkeit des Krankheitsbildes und lockert gleichzeitig dessen ätiologischen Boden; in der Praxis erscheine das mehr oder weniger reine Krankheitsbild des akuten Irreseins meistens in Verbindung mit infektiösen Krankheiten und scheinbar von diesen hervorgerufen. Wenn wir außer der Infektion keinen weiteren anamnestischen Anhaltspunkt haben, ist Amentia die vorläufige Diagnose. Die erfolgte Heilung bestärkt diese Diagnose. Brezowsky kommt auf Grund seiner Erfahrungen zur Auffassung, daß die als Amentia beschriebenen Fälle eigentlich nichts anderes sind als manifeste Ausbrüche bisher latent verlaufener Schizophrenien, also schizophrene Reaktionen, und daß die Erschöpfung oder Infektion lediglich als gelegentliche, auslösende Faktoren zu betrachten sind.

Wir brauchen hier die betreffende psychiatrische Literatur nicht ausführlicher zu behandeln, sie bringt uns dem Verständnis der Amentia nicht näher. Der Psychiater kann die Amentia als einheitliche Krankheit nicht charakterisieren, sogar die Grenzen ihrer Symptomatologie bleiben für ihn verschwommen. Ein Versuch, die Symptome psychologisch zu verstehen, wird nicht unternommen, es wird auch keine faßbare Verbindung zwischen dem psychischen Bilde und der supponierten Krankheitsursache hergestellt. Durch das Hervorheben bald dieser, bald jener Ursache werden einmal exogene Faktoren für den Ausbruch dieser Psychose verantwortlich gemacht, ein andermal die Endogeneität betont und versucht, die Krankheit dem schizophrenen Formenkreis anzugliedern, was nur eine Verschiebung des Problems bedeutet, da an die Stelle der Amentia-Frage das Rätsel der Endogeneität der Schizophrenie rückt.

II.

Bei meinen Patienten berechtigen zwei Umstände zur diagnostischen Annahme einer Amentia (oder eines „amentia-ähnlichen Zustandes") im Sinne der Psychiatrie. Erstens erschien die Krankheit in einer geschlossenen Form und zeigte die bekannten Symptome; ferner kam es verhältnismäßig schnell zu einer Restitution, welche von den Psychiatern als „Heilung ohne Defekt" anerkannt wird. Bei allen drei Fällen waren aber jene „exogenen" ätiologischen Faktoren, welche bei den Psychiatern eine so große Rolle spielen, gänzlich auszuschließen; es konnte weder von Erschöpfung, noch von Infektion, Giftwirkung, Autointoxikation oder Operationen die Rede sein; organische Veränderungen fehlten gleichfalls. Der erste Fall konnte vielleicht auch den

4) S. Binswangers Auffassung in Bleulers Lehrbuch.
5) Moravcsik: Elmekór és gyógytan III. A. 1922, S. 239—244.
6) Brezowsky: l. c.

Eindruck einer epileptischen Absence erwecken, den zweiten und dritten Fall würde Brezowsky wahrscheinlich als schizophrene Reaktion auffassen; im zweiten Falle könnte man hysterische Verwirrtheit annehmen.

Wenn ich jetzt meine Fälle mit dem aus der regelrechten Psychoanalyse gewonnenen Material zu klären und zu erklären versuche, so mahnen die Ergebnisse, bescheiden zu sein. Die aus äußeren Gründen relativ kurze Analyse konnte meistens nur den unmittelbaren Hintergrund aufdecken und nur hie und da in die Tiefe dringen. Doch genügten die gewonnenen Erfahrungen zu einem psychoanalytischen Verständnis der Symptome und stellen auch die Ätiologie in ein anderes Licht.

Fall A

Der erste Fall hatte die einfachsten Symptome und den kürzesten Verlauf. Man kann zu seiner Charakterisierung den eingelaufenen Bericht benützen: „Radfahrende Polizisten auf der Kettenbrücke wurden auf einen Mann aufmerksam, der an Passanten 500- und 1000-Kronen-Banknoten[7] verteilte. Gegen Leute, die das Geld nicht annehmen wollten, wurde er gewalttätig. Die Polizisten forderten ihn zur Legitimation auf, doch der Mann antwortete nicht, ja er bot sogar auch den Polizisten sein Geld an." Bei der nach einigen Stunden erfolgten Internierung des Kranken konnte ich von diesem pathologischen Zustande nichts mehr bemerken. Der Patient war gut orientiert, aber auffallend niedergeschlagen und gehemmt, sprach und dachte sehr schwerfällig. Er war selber erstaunt darüber, daß und wie er von seinem Wohnort nach Budapest gekommen war, und als wir uns nach seinem Gelde und Wertsachen erkundigten, konnte er sich nicht erklären, wo sein Bargeld von beinahe 3 Millionen Kronen hingeraten sei. Ich machte mir über den Fall die folgende Vorstellung: Den pathologischen Zustand dachte ich mir so ähnlich wie einen Traum, der sich aber von einem echteren besonders darin unterschied, daß hier gewisse Vorsätze und Pläne ungehindert in Handlungen umgesetzt wurden. Da der Kranke seine Handlungen vergessen hatte, schien eine Verdrängung zu bestehen und diese Verdrängung mußte durch freie Assoziation gelockert werden, damit der geheime Sinn der im pathologischen Zustande ausgeführten Handlungen sich aufkläre. Doch konnte die auf diese Begebenheiten sich beziehende Erinnerungslücke vorläufig nur mit einem einzigen Bilde ausgefüllt werden.

Dieses ganz verschwommen auftauchende Bild lag zeitlich zwischen zwei klaren Erinnerungsbildern, welche das Ende des normalen Bewußtseinszustandes — bzw. das Wiederkommen desselben — bezeichneten. Die eine Erinnerung ist, er habe Briefe aufgegeben, — die andere, er sei viel später, auf der Polizei, zu sich gekommen. Zwischen diese zwei Bilder drängt sich eine neu auftauchende dritte Erinnerung: auf der Straße sah er irgendwo einen jungen Mann, der Lotterielose oder Reklamezettel verteilte und der, die Papierstücke in der Hand, laut schrie. Nun war es auffallend, daß diese Szene, deren Auftauchen kein Zufall sein konnte, eine getreue Kopie jener Szene war, in der der Kranke selbst der Darsteller gewesen. Es schien, als sei etwas im Laufe der Erinnerung aus der Verdrängung zurückgekehrt, im Sinne einer Deckerinnerung. Nach der Mitteilung dieser, aus der Vergessenheit auftauchenden Erinnerung wurde viel charakteristisches und wichtiges Material zu Tage gefördert, das mittelbar etwas Licht auf den Hintergrund des pathologischen Zustandes warf. Der

7) Dies geschah in der Inflationszeit.

bei seiner Internierung 50jährige Mann hatte das erstemal mit 25 Jahren geheiratet. Seine Frau quälte ihn vom ersten Jahre an mit ihrer Eifersucht und machte ihm den Verkehr mit Verwandten und Bekannten fast unmöglich. Er aber „zog am Joch", wie er es nannte, wollte um jeden Preis den Skandal vermeiden, und so wußte man im Kreise seiner Bekannten gar nichts von seinem unglücklichen Familienleben. Während des Krieges, als er auf dem serbischen Kriegsschauplatz war, sandte seine Frau ihm auch dorthin eifersüchtige Briefe nach, deren Inhalt geradezu lächerlich war; er schämte sich ihretwegen vor der Zensur. — Im Jahre 1916 kehrte er heim, reichte die Scheidungsklage gegen seine Frau ein und zog gleichzeitig von ihr weg. Der Bruch ging ihm, schon seiner kleinen Kinder wegen, sehr nahe, doch versuchte er darüber leicht hinwegzukommen. Der Scheidungsprozeß dauerte bis 1919; erst während des Kommunismus wurden sie geschieden. Inzwischen, seit 1917, wohnte er mit einer Frau, die er von früher her kannte, zusammen, ohne sie zu heiraten. Nach dem Sturz der kommunistischen Regierung wurde seine Scheidung ungültig erklärt, und als er wiederholte Versuche anstellte, den Scheidungsprozeß wieder in Gang zu setzen, stieß er auf den Widerstand seiner Frau.

So kam also die gesetzliche Scheidung nie zustande. Doch war die zweite Lebensgemeinschaft, deren Illegitimität vor der Nachbarschaft geheim blieb, harmonisch und glücklich. Sie waren beide heitere Menschen, arbeiteten und lebten friedlich, die Nachbarn sagten von ihnen: „Das sind gar keine Erwachsenen, sondern Kinder!"

Im Laufe dieses ruhigen und befriedigenden Lebens trafen aber den Patienten einige schwere, erschütternde Schläge. Zwei Jahre vor seiner Erkrankung brannte ein Teil seiner Wohnung nieder; gleichzeitig wurde seine Lebensgefährtin wegen eines schweren Herzleidens bettlägerig und starb ein halbes Jahr danach. Dieser Schlag traf ihn schwer; er erzählte, von dieser Zeit an habe ihn keiner mehr lachen gesehen. Einige Monate vor dem Ausbruch der akuten Geisteskrankheit begann sein Geschäftsgang abzuflauen, und außerdem zerstörte ein zweites Feuer wieder einen Teil seines Vermögens. Er hatte mit einer Gutsverwaltung einen Vertrag geschlossen, nach welchem er den rohen Hanf der Gutswirtschaft zu übernehmen und für je 100 kg desselben 7 kg Seile zu liefern hatte. Dieser Verpflichtung konnte er aber, nachdem das Feuer sein Rohmaterial vernichtet hatte, nicht nachkommen. Der Gutsverwalter, der übrigens in der ganzen Gegend verhaßt war, blieb unbarmherzig, bestand auf den Bedingungen des Vertrages und forderte, falls er keine Seile bekäme, die Erstattung des Preises der vertraglich festgelegten Menge Seile. Patient versuchte diesen harten Forderungen nachzukommen. Unter Aufgebot seiner letzten Kräfte, arbeitete er, seine Erbitterung verbeißend und sich abquälend, ohne Gefährten weiter und versuchte, sein seelisches Gleichgewicht zu bewahren. Doch es ging schwer: schon lange spürte er, daß die schwierige Aufgabe seine Kräfte überstieg und daß dies kein gutes Ende nehmen werde. Er war voll Haß gegen den Gutsverwalter, weil er fühlte, daß ihm Unrecht geschehe. Er hatte ja Tag für Tag eine Arbeit zu leisten, deren Erfolg er nicht zu sehen bekam! Als diese Erlebnisse trotz den gewöhnlichen Widerständen in der Analyse ans Tageslicht kamen, tauchte aus der Verdrängung auch die Erinnerung jener Situation auf, die den Ausbruch der Geistesstörung eingeleitet hatte.

Der Patient konnte sich jetzt an den Morgen jenes Tages erinnern, an dessen Vormittag die flüchtige Verwirrtheit bei ihm auftrat. An diesem Morgen steckte er 2,800.000 K in seine Tasche, das Geld, das er in vielen, in mühsamer Arbeit durchlebten Wochen zusammengespart hatte. Es reichte eben, um seinen Verpflichtungen nachkommen zu können. Er hätte das Geld, das er anläßlich des Feuers geliehen hatte, der Bank zurückzahlen sollen, und wollte auch den Gutsverwalter aufsuchen,

um den Preis der Seile in Bargeld zu begleichen. Auf dem Wege zur Bank empfand er deutlich einen inneren Widerstand. Er dachte daran, daß ihm nichts bliebe, nicht einmal genug fürs tägliche Brot, wenn er jetzt das Geld tatsächlich zurückerstatten würde. So änderte er seine Absicht. Er wollte zum Verwalter gehen und dachte, ihn im letzten Augenblick erweichen und dazu bewegen zu können, ihm die Schuld zu erlassen. Er wollte den Verwalter bitten, doch an seine bedrückende Lage zu denken und einzusehen, daß es ungerecht sei, von ihm Schadenersatz zu fordern, da er doch für den Verlust nichts könne. Aus diesem Grunde möge er ihm den Schadenersatz erlassen oder wenigstens mildern; sonst arbeite er ja für nichts und wieder nichts — das Geld, das er erwerbe, „könne er ja ebensogut zum Fenster hinauswerfen". Als wir in der Analyse so weit waren, fragte ich den Kranken, ob er sich nun erinnern könne, was er mit dem Gelde, anstatt es, wie geplant, abzuliefern, getan habe? Doch gab die Amnesie auch jetzt nur in geringem Maße nach: es dämmerte ihm, daß er eine Reise mit der Eisenbahn oder Stadtbahn nach Budapest machte. Dann erwähnte er wieder seine Erinnerung an den Mann, der Lose verkaufte oder Zettel verteilte, doch die weiteren Begebenheiten blieben von der Amnesie verhüllt.

Das wenige mitgeteilte Material genügte, um den Sinn der im pathologischen Bewußtseinszustande ausgeführten Handlung erraten zu lassen. Diese Handlung war eine Umarbeitung der ursprünglichen Absicht, aus dem Konflikt heraus, den er schon seit vielen Wochen in sich herumtrug, nämlich ob er das Geld pflichtgemäß abgeben oder die Abgabe verweigern sollte. Wichtige Argumente sprachen für beides; für die Abgabe: der Vertrag, der harte, unbarmherzige Verwalter und sein eigenes Gewissen; doch drängten ihn Not und die Liebe zum Geld, es doch zu behalten. Es ist offenbar, daß durch das einfache Behalten des Geldes der Konflikt nicht gelöst werden konnte, mußte er doch dann mit den Gefühlen, die ihn zur Abgabe drängten, weiterkämpfen. Es gelang auch, dem Kranken bis zu einem gewissen Grad Einsicht in seinen Konflikt zu verschaffen. Doch gab die Untersuchung des Falles gerade auf die zwei wichtigsten Fragen keine Antwort. Die eine war: Welche Bedingungen ermöglichten diese regressive Art der Lösung des Konfliktes mittels einer passageren Verwirrtheit? Die zweite: Warum wurde im pathologischen Zustand gerade der Gedanke des Verschenkens zur Handlung? Wenn wir den Inhalt dieser Handlung betrachten, wird ihr Kompromißcharakter offenbar. Er liefert das Geld nicht an seinem Bestimmungsort ab, doch behält er es auch nicht für sich. Irgendwo demonstriert er den Gedanken, den er ursprünglich dem Verwalter mitteilen wollte: „Erlassen Sie mir meine Schuld, denn wenn ich das Geld abgebe, ist es, als ob ich es zum Fenster hinauswürfe", d. h. seine Arbeit wird wertlos. Nun tut er es wirklich, „wirft es zum Fenster hinaus", verteilt es. Zum Vorbild dieser Geldverteilung schien die aktuelle Beobachtung genommen worden zu sein, die als Art Deckerinnerung in der Analyse auftauchte: der Lose verkaufende oder Zettel verteilende junge Mann auf der Straße. Doch warum er eben diesen zum Vorbild nahm, d. h. was diese Identifizierung determinierte, darauf kann ich mangels infantilen Materials nicht antworten. Man kann vielleicht annehmen, daß diese Identifizierung einem Wunsche gerecht wurde, dessen Erfüllung eben diese Handlung irgendwie darstellte. Der gänzlich Beraubte benimmt sich während der passageren Amentia so wie ein reicher Mann, der sein Geld verteilen kann. Dieses Verhalten zeigt die Umkehrung der realen Situation in der Richtung einer primitiven Wunscherfüllung. Doch kann neben dieser Erklärung noch eine andere in Frage kommen. Versuchen wir uns die Situation dieser Verwirrtheit vorzustellen: er verteilt ungefähr 3 Millionen Kronen in 500- und 1000-Kronen-Scheinen solange, bis er in seinem Tun gehindert wird. Bei dieser Handlung verwandelt er sich in die Figur einer zettelvertreibenden Person, und dies

ermöglicht für eine Weile die Durchführung seiner Absicht; bedenken wir, wie zerstreut man auf der Straße einen Reklamezettel übernimmt und wieder wegwirft. Doch bedeutet dieses Betragen wohl nichts anderes, als das unzähligemale Wiederholen einer Reihe von Handlungen — eben jener Geldabgabe, die er in der Bank und beim strengen Verwalter hätte vollbringen müssen. Dieses immerwährende Wiederholen hat vielleicht dieselbe ökonomische Bedeutung wie die, auf welche Freud in „Jenseits des Lustprinzips" bei der Analyse eines Kinderspieles hindeutet. Das in sich unlustvolle Handeln, welches der Patient eigentlich vermeiden möchte, wird im psychotischen Zustande so umgearbeitet, daß er durch das Wiederholen „Herr der Situation" wird, und verhilft ihm so gleichzeitig auch zur Erlangung einer Lust.

Fall B

Der 23jährige, kräftig entwickelte Mann, um den es sich hier handelt, wurde interniert, weil er auf der Straße wie ein Flüchtender herumlief. Als ich ihn sah, spiegelten sich in seinen Zügen Furcht und Grauen, und soviel ich aus seinen gestammelten, abgerissenen Worten entnehmen konnte, kämpfte er gegen eine fürchterliche Halluzination. Diese Halluzination schien zeitweise zu schwinden, um ihn dann wieder heftig zu überfallen; im Anfall schrie er dann mit geradezu tierischer Stimme: „Da, da kommt der schwarze Schatten mir nach!"

Die schreckliche Halluzination und die sie begleitenden heftigen Affekte machten anfangs jede Annäherung ganz unmöglich. Erst nach zwei Tagen hatte sich seine Angst soweit gelegt, daß ich mit ihm Kontakt bekommen und seine lückenhaften Berichte durch genaue Mitteilungen vervollständigen konnte; von dieser Zeit an gelang es, eine systematische analytische Besprechung mit ihm zu führen. In der ersten Stunde tauchte die Halluzination noch zeitweise auf. Der gehemmte, schwerfällige Mann sprang dann auf, lief im Zimmer herum, weil ihn, wie er sagte, der schwarze Schatten jage. „Die schwarze Gestalt — der Schatten hat kein Gesicht, kein Gesicht!". Sie ist eine schwarze Masse, bald kleiner, bald größer als er selber, lauert hinter ihm, neben ihm, vor ihm, zumeist fühlt er sich von ihr umzingelt, eingefangen, so daß er darin gänzlich verschwindet. Sie legt sich ihm auf die Brust und preßt ihm das Herz oder schnürt ihm die Kehle zusammen. Wenn der Kranke von seiner Halluzination spricht, widerspiegeln seine Züge sowohl Grauen als Blutdurst. „Ich würde ihn totschlagen, wenn ich's nur könnte!" schreit er, fast röchelnd. „Aber es geht nicht, ich kann's nicht! Wenn ich ihn zu fassen, zu erdrücken versuche, dann verflüchtigt er sich zwischen meinen Fingern." Dann berichtete er, der Schatten verfolge ihn jetzt nicht zum ersten Male, doch habe er jahrelang Ruhe vor ihm gehabt. Jetzt überfalle er ihn wieder, meistens bei Nacht, verfolge ihn, und dann müsse er von Straße zu Straße fliehen, der Schatten ihm nach; er fühle, wie er ihm Herz und Kehle beenge.

Zu diesem Hauptsymptom gesellten sich noch zwei Symptome, die einen Zusammenhang mit den Affekten des Kranken ahnen ließen. Das eine war ein frequenter, grober Tremor des rechten Beines, der während des Sprechens auftrat, und dessen Intensität der auch sonst auffallenden Angst des Kranken entsprach; der Tremor sprang bald auf das linke Bein über und hielt während der zwei ersten analytischen Stunden an. Als die Stunden zu Ende gingen, verminderte sich das Zittern, gleichzeitig berichtete der Kranke, er fühle sich auch sonst ruhiger. — Das andere Symptom war ein zeitweise einsetzendes Stottern, das sich dann wieder besserte, außerdem war die Aussprache des „Sz"-Lautes eigentümlich verändert, er sprach den Laut gedehnt aus, sekundenlang, fast zischend oder pfeifend.

Im Laufe der freien Assoziation berichtete er schon in der ersten Stunde über Episoden seines Lebens, die beim Zustandekommen seiner Krankheit eine wichtige Rolle spielten. Er erzählte, daß er sich mit Einwilligung seiner Eltern 1917, als 15-Jähriger, freiwillig zum Kriegsdienst gemeldet hatte und nach sechswöchiger Ausbildung an die italienische Front geschickt worden war. Als ich ihn fragte, was ihn zu diesem Entschluß gebracht habe, starrte er mich an, wobei sein Gesicht den blutdürstigen Ausdruck annahm, den ich bei ihm schon kannte, und schrie leidenschaftlich: „Blut wollte ich sehen!" Im Mai 1918 wurde er verwundet: Er wurde im Nahgefecht von einem Granatsplitter am linken Handgelenk getroffen — die Narben sind sichtbar — und bekam gleichzeitig Bajonettstiche an zwei Stellen seines Rumpfes. Er hat dies erst nachträglich von seinen Kameraden erfahren, er selbst kann sich an nichts erinnern, denn er stürzte infolge des Luftdrucks der Granate und der Aufregung durch das Nahgefecht besinnungslos zusammen. Er kam erst acht Tage später im Krankenhaus in L. zur Besinnung, doch war er nicht mehr derselbe. Hier trat das Zittern in den Beinen zum ersten Male auf. Er wurde elektrisch behandelt; die Heilung kam erstaunlich rasch zustande, der Tremor verschwand nach so kurzer Zeit, daß die Ärzte sich wunderten. Als er aber zu seinem Kader nach Sz. einrückte, setzte die Halluzination ein, und zwar in Gestalt eines durchscheinenden Schattens, der hie und da auftauchte und ihm bald das Herz zusammendrückte, bald die Kehle zuschnürte. Bei der Erzählung dieser Episoden konnte ich vermuten, daß zwischen den Erlebnissen im Felde und der nach Wochen auftretenden Halluzination ein Zusammenhang bestehen müsse; ich bat ihn deshalb, seine Aufmerksamkeit auf den schwarzen Schatten zu lenken und alles ohne Ausnahme auszusprechen, was ihm dazu einfiele. Auf großen Umwegen wurde ihm nach und nach ein Erlebnis bewußt, dessen er sich bisher nicht erinnert hatte. Auch jetzt tauchten bloß verschwommene Bruchstücke auf. Es mußte sich so verhalten haben, daß er während des Nahgefechtes mit einem Alpenjäger zusammenstieß. Dieser Soldat verwundete ihn. Er fiel nämlich nach der Explosion der Granate vornüber und stieß im Fallen — eigentlich unabsichtlich — sein Bajonett in den Italiener. Sie fielen übereinander, kämpften noch im Fallen weiter, — doch kann er sich dessen kaum noch erinnern. Dieser Bericht, den er stammelnd vortrug, während seine Gefühle bald durchzubrechen drohten, bald niedergekämpft wurden, wies den Weg zum Verständnis der Halluzination.

Es war deutlich, daß er einerseits gegen seine Angst und Furcht, anderseits gegen seine Aggressionen zu kämpfen hatte, gegen dieselbe Affektmischung, die ich an ihm schon bei der Reproduktion der Halluzination beobachten konnte. Nun waren einerseits die aus der Vergessenheit auftauchenden Erinnerungen zu lückenhaft, anderseits die das Wiedererinnern begleitenden Affekte sicherlich zu schwach, um die vollkommene Rekonstruktion des ursprünglichen Erlebnisses möglich zu machen. Damit also die Affekte entsprechend zu Worte kämen, gab ich dem Kranken ein Stück Eisen in die Hand und bat ihn, er möge mir, wenn er es könne, die Szene vorspielen. Seine Augen nahmen wieder den bekannten blutdürstigen und haßerfüllten Ausdruck an, eine ungeheure Aufregung bemächtigte sich seiner, und er dramatisierte vor meinen Augen die einst erlebte Szene, indem er einen Stuhl zum Gegner machte. Dieses „Abreagieren" war ein furchterregender, nicht alltäglicher Anblick. Als er aus diesem deliriumartigen Zustande wieder zu sich kam, sank er ermattet mit tiefem Seufzer auf einen Stuhl und verbarg sein Antlitz in seine Hände. Doch der Haß verschwand nicht gänzlich, seine starren Augen blitzten noch manchmal auf, beim Wiederauftauchen einer peinlichen Vorstellung biß er sich in die Lippen, schwieg aber hartnäckig. Die Einfälle stockten eine Zeitlang. Meine Aufforderung, sich gehen

zu lassen, damit die Gefühle frei strömen könnten, war vergeblich; der Kranke konnte bloß jammernd ächzen: „Ich kann nicht weinen, ich kann nicht weinen." Später berichtete er noch etwas, das die traumatische Kraft dieses Erlebnisses einigermaßen verständlich machen konnte. Bis zu diesem Augenblick hatte er auf den Feind nur geschossen, wußte also nie, ob und wen er getroffen hatte, — kurz, er sah es nicht, wenn er jemanden tötete. Nun erlebte er aber im Gefecht das erstemal das Gefühl, jemanden umgebracht zu haben. Der Kranke kam spontan mit der Lösung heraus, daß die fürchterliche Halluzination der Schatten oder vielmehr der Geist des von ihm wahrscheinlich getöteten Alpenjägers sei.

Die Besserung, die nach diesem „kathartischen Abreagieren" zustande kam, war erstaunlich. Von dieser Zeit an verschwand die Halluzination; in der darauffolgenden Nacht erschien der Schatten nicht mehr und kam, soweit ich der Geschichte des Kranken nach seiner Entlassung — noch $3^1/_2$ Jahre lang — folgen konnte, auch nie wieder. Trotz dem Verschwinden des Schattens blieben jedoch die Nächte des Kranken auch weiter unruhig und schlaflos.

Ich unterbreche hier den weiteren Bericht über die Analyse, um einige Bemerkungen einzuschalten. Der Kranke erlitt kurz nacheinander zwei traumatische Erlebnisse. Das erste war die Granaterschütterung mit der bald folgenden achttägigen Bewußtlosigkeit; als dauerndes Nachsymptom trat ein Tremor der Beine auf. Zur analytischen Deutung dieser Symptome fehlt das nötige Material; wir können bloß annehmen, daß die Bewußtlosigkeit und die darauffolgende Amnesie die ausreichende Möglichkeit geschaffen haben, jenes Erlebnis, welches für das Zustandekommen der akuten, halluzinatorischen Geistesstörung den Ausschlag gab, zu verdrängen. — Bevor noch die Bewußtlosigkeit begann, geschah etwas mit dem Patienten, vielmehr tat der Patient etwas von Bedeutung: halb unwillkürlich erstach er mit seinem Bajonett einen Menschen. Nachdem er aus der Bewußtlosigkeit erwacht war, erschien ihm mehrere Wochen später der „Schatten" des — wirklich oder vermeintlich — getöteten Feindes als Halluzination.

Sicherlich handelt es sich hier zunächst um eine Wunscherfüllung oder Befriedigung, wobei dann das Schuldgefühl, das zur selben Zeit auftrat, und die Angst vor der Rache des Getöteten mitwirken. Bei der Betrachtung dieser pathologischen Erscheinung drängen sich einige Fragen auf. Welche Bedingungen ermöglichten es, daß die Gewissensangst und die Angst vor Rache, die der Wunscherfüllung folgten, mittels Projektion und in Form einer echten Halluzination zu Worte kamen, ohne daß der Zusammenhang zwischen halluzinatorischem Erlebnis und der ursprünglichen Wunscherfüllung bewußt geworden wäre? Ferner: Welche Motive verursachten es, daß dieses Erlebnis — das Töten eines Soldaten im Kriege — besonders traumatisch wirken konnte? Und endlich: Welche aktuellen Begebenheiten bewirkten, daß die Halluzination nach mehrjährigen Ruheperioden jetzt wieder auftauchte?

Ich will hier die mit der ersten Frage verknüpften, auf das Zustandekommen der Halluzinationen sowie auf die Psychosenwahl sich beziehenden allgemeinen theoretischen Probleme vermeiden und nur einige charakteristische

Züge dieser Halluzination hervorheben. Der eine ist das augenfällig ambivalente Verhalten des Kranken seiner Halluzination gegenüber. Er fürchtete nicht nur den Schatten, sondern er haßte ihn auch und wollte ihn — vergeblich — vernichten. Der Satz Freuds, daß der ursprüngliche Konflikt mit der Symptombildung kein Ende findet, sondern sich im Symptom widerspiegelt, bestätigte sich auch hier. In der psychotischen Symptombildung kommt die ursprüngliche Wunschstrebung wieder zum Vorschein. Den anderen charakteristischen Zug sehe ich in der Form der Halluzination. Der halluzinierte Schatten, eine schwarze Masse, die bald kleiner, bald größer war, bald vor dem Kranken, bald neben oder hinter ihm herging, manchmal ihn umhüllte, dann wieder sich unerreichbar verflüchtigte: sie ist doch offenbar der wirkliche, physische Schatten. Man könnte vielleicht den Inhalt dieser schweren Psychose ganz banal mit der volkstümlichen Redewendung kennzeichnen: „Er hat ein böses Gewissen", er fürchtet sich „vor seinem eigenen Schatten". Es wäre möglich, daß die Halluzination des Patienten der getötete Alpenjäger selber war. Doch hat der schwarze Schatten „kein Gesicht". Wir kennen aus der Traumanalyse die sogenannte sekundäre Bearbeitung: den im latenten Trauminhalt vorkommenden ursprünglich wichtigen Personen werden die Gesichtszüge oft bis zur Unkenntlichkeit verwischt. Auch dieser Schatten ohne Gesicht erweckt den Verdacht, daß die Angst und Furcht nicht nur dem getöteten Feinde galten, daß das Objekt der Mordlust ursprünglich nicht der Feind war, sondern daß sich hinter seiner Gestalt eine andere, wichtigere Person verbarg. Von diesem Verdacht ausgehend, führte die Analyse zur Lösung der zweiten Frage: Welche Motive bewirkten, daß ein Kriegsmord so traumatisch wirken konnte?

Doch kehren wir vorher zur Analyse des Kranken zurück. An Stelle der vorherrschenden Halluzination traten weniger auffallende Symptome. Der Kranke lag unter seiner Decke versteckt, apathisch, müßig, sozusagen vollkommen negativistisch; die Nächte verbrachte er unruhig und schlaflos. Nach dem Abreagieren des traumatischen Erlebnisses kam eine Periode schwerer Widerstände, die sich besonders in der zweiten analytischen Stunde bemerkbar machte. Wenn er zu sprechen begann, erschien sofort das Zittern am rechten Bein; zum Unterschiede von der ersten Stunde sprang aber der Tremor jetzt nicht mehr aufs linke Bein über, nach einiger Zeit verminderte sich sogar auch das Zittern des rechten Beines. Der Kranke stotterte, wenn auch weniger als am Anfang, und biß sich im Sprechen auf die Lippen, gleichzeitig erschien in seinen Augen das haßerfüllte Glühen. Später verstärkten sich wieder der Tremor und auch das Stottern so sehr, daß ein Gespräch unmöglich wurde. Da gebrauchte ich einen Kunstgriff. Ich forderte den Kranken auf, seine Aufmerksamkeit absichtlich auf den Fußtremor zu lenken und zu versuchen, das Zittern mit aller Willenskraft zu unterdrücken, was ihm auch gelang. Daraufhin verschwand auch das Stottern und eine fließende Mitteilung war wieder möglich. Beide Symptome, die von der dritten Stunde an verschwanden, ohne besonders geklärt worden zu sein, halte ich für Konversionserscheinungen. Sicher ist, daß sie im Dienste des Widerstandes auftraten, und daß nach ihrer Lösung Tatsachen zum Vorschein kamen, deren Besprechung für den Kranken recht unangenehm war.

Der Kranke, ein früh aufgeklärtes, frühreifes Kind von illegitimer Abstammung, war sich der sozialen Bedeutung dieser Herkunft schon von Kindheit an vollständig bewußt. Hierauf bezog sich eine erste Erinnerung aus seinem sechsten Jahre. Als er in der ersten Volksschulklasse seine Personalien ansagen mußte, hatte er ein peinliches, schreckliches Gefühl, da er keinen Vater angeben konnte, den doch jedes Kind haben müsse. Dieses Gefühl scheint die Ursache seiner starken Ambivalenz der Mutter gegenüber gewesen zu sein. Er liebte seine Mutter schwärmerisch, doch konnte er ihr den Fehltritt niemals verzeihen; in ihm kämpften immer die beiden Gefühle, die Liebe und der heftige Haß, die Verachtung, die Scham über seine uneheliche Herkunft. Als er 9—11 Jahre alt war, spielten sich zwischen ihm und der Mutter oft heftige Szenen ab; in seinem auflodernden Zorn warf er der Mutter oft ihre Vergangenheit vor. Noch schwerer wurde es ihm, als er erfuhr, daß die Mutter selbst unehelicher Abstammung sei. Noch ein Umstand erschwerte die ohnedies böse Situation. Als der Patient 4 Jahre alt war, ging die Mutter eine regelrechte Ehe ein, doch der Stiefvater adoptierte ihn nicht. Der Kranke war 11 oder 12 Jahre alt, als die Mutter einen Knaben gebar. Damit wurde die Lage des illegitimen Kindes in der Familie noch schwerer. Er wurde wie ein Fremder behandelt und fühlte sich zu Hause unmöglich und überflüssig. Wenn es an Festtagen zur Austeilung von Geschenken kam, ging er leer aus. Er fühlte, es wäre am besten, das elterliche Haus zu verlassen; dies tat er auch mit 14 Jahren, nachdem er die vierte Bürgerschulklasse beendigt hatte. Doch bis dahin vergingen schlimme Jahre. Der Haß gegen den Stiefvater und den Halbbruder sammelte sich in ihm an. Vor allem haßte er den Stiefvater, weil dieser ihn nicht adoptiert hatte, weil er damit von der Familie nicht anerkannt wurde und so in eine schiefe Situation kam; dies reproduzierte der Kranke in der Analyse in ziemlich heftiger Weise. Die tiefere Quelle seines Hasses floß aber aus dem Umstand, daß der Stiefvater ihm die geliebte und gleichzeitig verachtete Mutter weggenommen hatte. Dies kam anfangs nur mittelbar und unter schweren Affekten zum Vorschein. Er war vielleicht 13 Jahre alt, als die Ehe seiner Mutter in Brüche zu gehen schien. Da fühlte er, daß er seinem Stiefvater doch zugetan war, daß er ihn sogar liebte; er protestierte energisch gegen die Scheidungsabsicht der Mutter. In einer heftigen Szene wandte er sich mit voller Aggression gegen die Mutter, warf ihr wieder ihre Vergangenheit und auch ihr jetziges Leben vor und versuchte mit allen Kräften, das Ehepaar in der Lebensgemeinschaft zu erhalten. Solche Erinnerungen bewiesen, daß der ursprünglich stärkeren heterosexuellen Bindung an die Mutter später eine Abwendung von derselben — und damit von der Frau im allgemeinen — folgte, und daß er sich mit seinen zärtlichen Gefühlen dem Stiefvater und dem Manne überhaupt zuwandte. Seinen jüngeren Halbbruder haßte er viel offenkundiger und bewußter als den Stiefvater. Sie waren Rivalen, die mit ungleichen Chancen kämpften. Er fühlte, daß er viel mehr wert war als der Bruder, der ein Müßiggänger und loser Taugenichts war und nie ein Handwerk erlernen konnte, zu Hause aber trotz allem mit offenen Armen empfangen wurde. Er dachte oft, der Bruder stände ihm im Wege und es wäre am besten, wenn er ihn irgendwie loswerden könnte. Doch ließ er sich nie zu einer Gewalttat hinreißen; er war seiner Kraft und Überlegenheit zu sicher, und dies hielt ihn zurück. Auch dem Bruder gegenüber empfand er ab und zu wärmere Gefühle und teilte oft mit ihm das letzte Stückchen Brot, wenn der andere in Not war, — hatten sie doch die gleiche Mutter. Als er nach Absolvierung der vierten Klasse das Haus seiner Mutter zu verlassen dachte, hatte er wieder Grund, auf den Stiefvater böse zu sein, da dieser es nicht zulassen wollte, daß der Patient, seinen Neigungen folgend, Fleischer werde. Er konnte gegen dieses Verbot nichts ausrichten und ging,

wie es seine Eltern wünschten, zu einem Zuckerbäcker in die Lehre. Während der Lehrzeit reifte in ihm der Entschluß, Soldat zu werden. Neben dem offenen und bewußten Wunsch, „Menschen zu töten", hatte er aber, als er ins Feld zog, auch unklar die Absicht zu sterben. An der Front suchte er geradezu den Tod; er schmuggelte sich als Spion in die italienische Linie, mit der geheimen Hoffnung, dort vielleicht gefangen und erschossen zu werden. Bei derartigen Gedanken fühlte er eine gewisse Schadenfreude; denn wenn es so käme, wären die Eltern dann für seinen frühen Tod verantwortlich. Doch es kam anders. Er meldete sich zu den unmöglichsten Unternehmungen, kam aber stets mit heiler Haut davon. Dann geschah all das, was zur Entstehung der halluzinatorischen Geistesstörung führte. In diesem Stadium der Behandlung konnte man dem Kranken den Zusammenhang der schrecklichen Halluzination mit dem Material, das bis jetzt bewußt wurde, verständlich machen. Offenbar war in ihm ein leidenschaftlicher Haß gegen die beiden mächtigen Rivalen, den Vater, der ihm die Mutter genommen hatte und ihn nicht adoptieren wollte, und gegen den Stiefbruder, der die Rolle des Lieblings spielte. Der Kranke, der den eigenen Vater nie gekannt hatte, erlebte hier die typische Ödipussituation mit fast infantiler Intensivität wieder. Die zu starke und nach Befriedigung strebende Haßregung, welche weder direkt, noch mittelbar durch die Berufswahl zu realisieren war, drängte ihn zum freiwilligen Frontdienst, wo er dann reichlich Gelegenheit hatte, diese Impulse zu realisieren. Der getötete oder getötet geglaubte Alpenjäger war eine Deckfigur für jene früheren Rivalen, die in der akuten Geistesstörung auftauchende, Angst erweckende Halluzination war die Reaktionsbildung auf die Verwirklichung der unbewußten, infantilen Wünsche. Nach Bewußtmachung dieser Zusammenhänge konnte man durch die Analyse eines Traumes der inzestuösen Objektwahl näherrücken. In einer Nacht hatte er drei aufeinander folgende, jedesmal mit Pollution einhergehende Träume, und jedesmal träumte er von einer unbekannten Frau. Die diesen Träumen zugeordneten Einfälle führten zur Mutter. Er machte die Bemerkung, er schäme sich, über die Mutter so indiskrete Mitteilungen gemacht zu haben, er habe den Verdacht, diese würden an die Öffentlichkeit und endlich auch der Mutter zu Ohren kommen. Das wäre aber etwas, das er sich nicht verzeihen könnte. Es wäre nicht recht, über jemanden hinter dessen Rücken Schlechtes zu sagen. Wie immer sie sei, sei sie ja doch seine Mutter, er liebe sie, wenn er ihr auch nie verzeihen könne, daß sie sich ihres unehelichen Sohnes schämt und ihn niemandem vorstellen will. Er hatte sich nun vorgenommen, niemandem, nicht einmal seinem Analytiker, wieder etwas über die Mutter zu berichten; die Person der Mutter sollte ganz ausgeschaltet werden, die Mutter sollte unbekannt bleiben. So konnte die in den Träumen vorkommende unbekannte Frau mit der Mutter identifiziert und auch der sich auf die Mutter beziehende erotische Wunsch bewußt gemacht werden. Nichtsdestoweniger mangelte es dieser kurzen Analyse an infantilem Erinnerungsmaterial, das seine sexuellen Wünsche betraf.

Die dritte Frage bezog sich auf die aktuellen Ursachen des periodischen Aufflackerns der Halluzination. Während $7^1/_2$ Jahren brach sein Irrsinn viermal aus: zuerst im Jahre 1918, nach der Granatbewußtlosigkeit, dann im Sommer 1919, ferner 1922 und schließlich 1925, zur Zeit unserer Beobachtung. Die beiden letzten Rezidiven der Halluzinose erklären die auslösenden Momente sowie die ökonomische Bedeutung dieses pathologischen Symptoms.

Im Jahre 1922 konnte er als Zuckerbäcker keine Anstellung bekommen, und so arbeitete er als Fleischer in der Küche eines Spitals. Dort kam es einmal zum heftigen Streit mit einem Kameraden. Er geriet in so große Erregung, daß er fühlte,

er könne für sich nicht einstehen; er warf das Messer weg und rannte auf die Straße, wo ihn die Halluzination befiel. Er lief nach Hause, legte sich ins Bett und blieb 2 Tage liegen. Als sein Zustand sich wieder besserte, konnte er sich keine Rechenschaft darüber geben, was mit ihm geschehen war. 1925, drei Tage vor seiner Internierung, hatte sein Chef, mit dem er sonst gut auskam, die Arbeit und die Fähigkeiten des Kranken bemängelt. Darüber kam es zum Streit, er wurde heftig, bekam Angst vor den Folgen seiner Leidenschaftlichkeit und lief davon. Als er in den Straßen herumirrte, begann die Schreckensgestalt ihn wieder zu verfolgen; er wußte nicht mehr, was mit ihm geschehen war, wo er sich tagelang herumgetrieben hatte, nur der Internierung konnte er sich unklar erinnern. Er wußte, daß ich ihn damals aufgenommen hatte und daß ich einen weißen Ärztekittel trug. — Auch fiel ihm ein, daß er nach der Mutter verlangte, gleichsam Hilfe suchend zu ihr floh.

Wir sehen aus diesen beiden Fällen, daß, so oft ein Impuls der Vergangenheit der Erfüllung zustrebte, an dessen Stelle das einstige Reaktionsprodukt hervortrat. In beiden Situationen war es der Wunsch: den Kameraden oder den Chef umzubringen, der sich durchsetzen wollte, und der Patient, der sich von seinen Trieben bedroht fühlte, wehrte sich gegen den zu starken Impuls mit dem Reaktionsmechanismus der Vermeidung. Diese archaische Form der Abwehr mittels der Motilität, der Flucht, schien aber nicht zu genügen. Einem Signal ähnlich erschien auch die drohende Halluzination, von mächtigen Angstgefühlen begleitet, welche die Verwirklichung des Impulses verhindern konnten. Daß aber seine Triebregungen, trotz der Abwehr, stark genug waren, um ihr Ziel wenigstens teilweise zu erreichen, das können wir aus der zweiten Rezidive seiner Halluzinose ersehen. Die Analyse vermochte ihre aktuellen Gründe nicht zu erhellen; ich konnte bloß erfahren, daß der Schatten ihn 1919, während der rumänischen Besetzung, plötzlich wieder überfiel. Die Halluzination war diesmal besonders lebhaft, sie würgte ihm die Kehle, zerriß ihm das Herz und befiel ihn so heftig, daß er auf die Straße hinausstürzte, die diensttuende rumänische Wache anrempelte, dem Führer die Waffe entriß, und bis jene aus ihrer Überraschung zu sich kamen, hatte er schon die 6—7 Männer auseinandergetrieben. So fanden also die Triebregungen ein zur Befriedigung geeignetes, reales Objekt, konnten also trotz den verdrängenden Kräften aus der Verdrängung zurückkehren.

Das bisher erbrachte Material ist im Grunde nur die ausführliche Analyse eines einzigen Symptoms, jedoch wird fast der ganze Inhalt der Psychose durch dieses Symptom erschöpft. Zur Ergänzung des Bildes der bloß einige Wochen dauernden Analyse sei noch die Darstellung der Übertragungserscheinungen und anschließend einiger Charakterzüge des Patienten angefügt. Daraus ergibt sich auch die Richtung, welche eine ausführlichere und tiefergehende analytische Behandlung genommen hätte. — Es war nicht überraschend, daß sich in der Übertragung anfangs eher eine Abneigung, ja sogar Haß zeigte. Der Kranke machte spöttische Bemerkungen über die faulen Wärter, die Ausnahmsstellung einiger Patienten im Krankensaal, die unfreundliche Anstalt und die Umgangsweise des Pflegepersonals. Dabei schien er gar nicht bemerken zu wollen, daß auch er eine Ausnahme bildete, da er durch die analytische Kur eine von den anderen verschiedene, besondere Behandlung genoß. Nach und nach kam der vorherrschende Zug seines Charakters zum Vorschein: sein Anspruch auf eine ganz außergewöhnliche Be-

handlung. Doch mußte er, wie er sich mir gegenüber beklagte, erfahren, daß alles, was er im Kriege geleistet hatte, in den Augen der Menschen nicht viel bedeutete. Er sei als Invalider sogar im Nachteil, ja er habe noch obendrein boshafte Bemerkungen zu hören, z. B. daß er überflüssigerweise an die Front gegangen wäre, niemand hätte ihn dahin gerufen.

Das „kathartische Abreagieren" der Halluzination und das Bewußtmachen des Verdrängten hatte einen raschen therapeutischen Erfolg gezeitigt, der aber bald verschwand. Er klagte über Verschlimmerung seines Zustandes, über Unruhe und Schlaflosigkeit. Es empörte ihn, daß er, der doch keinesfalls geistesgestört sei, noch immer interniert werde, seine Lage würde immer schlechter und schlechter. Er sei sehr verbittert und denke daran, wenn er aus der Anstalt herauskäme, alles, was er hier erlebt habe, in die Zeitung zu setzen. Ich sah aber, daß er noch immer nicht fähig war, seine Abneigung aufrichtig zum Ausdruck zu bringen, was auch das weitere Fortschreiten der Analyse hinderte. Ich drängte ihn also zum aufrichtigen Bekenntnis seiner kritischen Einfälle und riet ihm, auch die begleitenden Affekte nicht zu unterdrücken. Daraufhin brachte er — noch immer mit gedämpften Affekten, aber doch viel freier — eine ganze Flut von höhnischen Bemerkungen hervor.

Auch mir gegenüber erlaubte er sich einige Vorwürfe, ich hätte manche meiner Versprechungen nicht gehalten. Er gab aber auch Zeichen der Dankbarkeit, Anerkennung und auch von etwas Liebe. Er konnte jetzt aufrichtiger von seiner Vergangenheit sprechen; seine nie zu befriedigende Sinnlichkeit wurde besonders deutlich, aber gleichzeitig auch die seelische Abwendung von der Frau. Er sprach von sich als von einem „abgelebten" Menschen, der zu früh und „zu viel" Geschlechtsverkehr gehabt hatte. Er war kaum mehr als 11—12 Jahre alt, als er zum ersten Male kohabitierte, und im Elternhaus hatte er mit jedem Dienstmädchen ein Verhältnis. Er sprach von seinen sexuellen Erlebnissen mit auffallender Gefühlsarmut und hatte den Geschlechtsverkehr nur wie die Befriedigung irgend eines andern Bedürfnisses ausgeübt. Frauen gegenüber war er sehr freigebig — wie ein Kavalier —, das Geld sowie das Leben hatten für ihn anscheinend keinen Wert. Er hielt sich für einen vom bösen Schicksal verfolgten Menschen, der nie Glück hat und nie froh sein kann.

Die viel zu bald abgebrochene Analyse konnte weder die Libidoposition, noch die Charakterzüge verständlich machen und so auch nicht zur Auflösung derselben beitragen. Der Kranke, der im praktischen Sinne geheilt war, mußte die Anstalt verlassen und damit die Analyse beenden. In einigen, nur unvollkommen analysierten Träumen erschienen plastisch — gewissermaßen als unbewußte Bejahung der analytischen Befunde — die dem Ausbruch der Psychose zugrunde liegenden Konflikte.

Der Patient berichtete nach vier Wochen Analyse, daß er wieder an Angstträumen leide, aus denen er in Schweiß gebadet erwache, die er aber jetzt nicht wie sonst immer vergesse. Der erste Traum lautete: *„Er wird in die Küche eingeteilt, zur Zubereitung des Backwerkes. Die Küche ist sehr geräumig, besteht aus Abteilungen und jeder Abteilung steht eine Krankenschwester vor. Später ergänzt er dieses Bild mit der Bemerkung, daß diese Küche eine getreue Kopie einer Speisehausküche in der Nähe des Westbahnhofes sei. Er soll eine Linzertorte backen, doch plötzlich reißt ihm die Krankenschwester die Torte aus der Hand und bemerkt dazu, daß sie so nicht gut sei und er davon nichts verstehe. Er bricht in Tränen aus und geht in die Kanzlei, um Klage zu erheben. Dort findet er einen Mann und eine Frau, denen er seine Klage vorträgt, worauf die Frau sagt: ‚Der junge Mann hat recht, mit diesen Krankenschwestern ist wirklich nicht auszukommen!'"*

Das rezente Erlebnis dazu war eine kleine Szene des Vorabends. Bei der Abend-

visite machte ein Nachbar unseres Kranken dem diensthabenden Arzt den Vorschlag, er solle veranlassen, daß unser Kranker in der Küche angestellt werde. Der Arzt versprach, dies am nächsten Tage zu tun. Der Traum erfüllt also eine Erwartung, deren reale Erfüllung erst für den kommenden Tag in Aussicht gestellt wurde. Am Tage vor dem Traume ging der Kranke auf die Anfrage der Ordensschwester, ob er die zweite Baßstimme im Chor übernehmen wolle, zum ersten Male in die Hauskapelle der Anstalt. Doch nicht der Gesang lockte ihn in die Kapelle, sondern die Bemerkung eines Kameraden, der sagte, es gebe dort „nette Weiber" zu sehen. Die geträumte Szene war offenbar eine kaum entstellte Darstellung jener anderen, die zum Ausbruch seines letzten Anfalles führte und den Kranken in die Anstalt brachte. Die betreffende Szene tauchte nun in der Assoziationsreihe auf, und zwar ausführlicher als bisher. Damals bereitete er auf Befehl seines Chefs einen Butterteig nach dem Rezept, das er gelernt hatte und nach dem er so viel Butter zu dem Mehl nahm wie dieses wog. Sein Chef wollte aber zu $4^1/_2$ kg Butter $5^1/_2$ kg Mehl geben lassen; deswegen zur Rede gestellt, kam der Kranke in Wut und sagte gereizt: „Wenn es so nicht gut sei, möge der Chef selber den Teig machen!" und ließ ihn stehen, da er Angst vor den Folgen seiner Wut bekam. Da überfiel ihn die Halluzination. Zu der Szene im Traum, da ihm die Krankenschwester den Teig aus der Hand reißt, fiel ihm folgende Erinnerung ein. Als kleiner Lehrjunge wurde er von seinem Vorgesetzten mit der Anfertigung einer Torte betraut. Ein älterer Lehrbusche, der das als kränkende Zurücksetzung empfand, riß, als unser Kranker die Torte zu schmücken begann, sie ihm aus der Hand, so daß es zu einer hitzigen Rauferei kam.

Mit diesem spärlichen Assoziationsmaterial konnten wir den Traum nicht vollständig deuten, trotzdem möchte ich einen charakteristischen Zug hervorheben. Es steht fest, daß der Traum die Erwartung des Vorabends, die Versprechung des Arztes erfüllt, er könne wieder als Zuckerbäcker in der Küche arbeiten. In der Streitszene wiederholt sich die zweimal wirklich erlebte Situation, der Streit mit dem Chef und der mit dem älteren Lehrburschen, in Verbindung mit einer neuen Person. Derlei Wiederholungstendenzen zeigen sich auch in weiteren zwei Träumen. Der eine Traum: *„Es ist, als ob sein Stiefvater und auch seine Mutter ihn bitten würden, er solle sie miteinander versöhnen. Er denkt, damit könne er alles, was er der Mutter gegenüber gesündigt, indem er hinter ihrem Rücken über ihr ehrloses Leben geschwätzt hatte, wieder gutmachen."* Ein dritter Traum schließlich, der offenbar ein Kriegserlebnis reproduziert, rechtfertigt gleichsam die Deutung der Halluzination: *„Ich stand Posten im Felde, in einer vorgeschobenen Stellung als Beobachter. Ich schlummerte, mein Gewehr in der Hand. Plötzlich taucht in einer Entfernung von 30—40 Schritten ein Soldat auf, den ich „Halt, wer da?" anschrie und nach dem Feldruf fragte. Als sich die Gestalt näherte, konnte ich aber kein Glied rühren. Die Gestalt wurde undeutlich und endlich floß sie zu einer schwarzen Masse zusammen".* Dieser Traum, der die Verwandlung des Feindes in die Schattenhalluzination *in statu nascendi* brachte, war entscheidend, weil der Kranke durch ihn zu noch vollständigerer Einsicht gebracht wurde und jetzt fühlte, daß er von der Halluzination ein für allemal befreit war.

Fall C

Der dritte Patient ist ein Junge von 16 Jahren. Die Dauer des eigentlichen psychotischen Zustandes war auch bei ihm eine kurze: bloß 2 Tage. Zehn Tage, nachdem er zu sich gekommen war, folgte noch eine vorübergehende Rezidive, nach der dann eine endgültige Restitution eintrat. Die amentia-ähnliche Geistestrübung wurde von einem kurzen Schlaf eingeleitet. Für den pathologischen Zustand waren Traumbilder und Phantasien, die der Patient aus ihnen weitergesponnen hatte, charak-

teristisch. Das Krankheitsbild war keineswegs einheitlich, sondern zeigte ein Kaleidoskop von phantastischen, die Traumbilder weiterspinnenden, bald angenehmen, bald peinlichen visuellen Illusionen, visuellen und kinästhetischen Pseudohalluzinationen; vorübergehend traten Größenwahn und originäre Wahnvorstellungen auf. Das ganze wurde zeitweise von Erlebnissen durchbrochen, die offenbar tatsächliche Begebenheiten widerspiegelten und Bruchstücke oder Reste normaler Erinnerung und normaler Sinnesfunktion waren. Der besseren Übersicht halber werde ich die verschiedenen Erlebnisse gesondert behandeln. Als ich den Kranken zuerst sah, war er zeitlich und örtlich desorientiert, unruhig, verwirrt, schwatzte lebhaft, hatte Illusionen, produzierte einen Größenwahn und konfabulierte viel. Seine Äußerungen seien hier möglichst treu, in all ihrer Naivität, ungeordnet, samt den Wiederholungen mitgeteilt. Er behauptete, 10 Jahre geschlafen zu haben und erst jetzt erwacht zu sein. Er stellt sich als „Herzog Eszterházy" vor, der „in einem Palast geboren ist". Er erwarte jetzt das Flugzeug und werde gleich nach Hause fliegen, er müsse sich beeilen: er wolle heiraten und noch dazu eine aus der Familie Habsburg. Wie schön habe er auf der Bank geträumt! Er tanzte mit Elfen, fuhr im Auto, bei Nacht flog er mit einem Flugzeug und war im Königsschloß. Doch hatte er auch böse Träume — die Mutter sei gestorben. Wenn er nur so was nie mehr träumen müßte! Wie die Elfen waren, das weiß er nicht mehr. Sie hatten halt Flügel und konnten wunderbar tanzen! Sie sagten zu ihm, man sehe gleich, daß er im großen Vigado[7a] tanzen lerne. Aber auch die Elfen tanzten fein! Bloß hatten sie keine schönen Kleider an, sie waren in Federkleidern, er wollte auch gar nicht mit ihnen tanzen, denn er fürchtete, sich zu beschmutzen. Er fuhr in einem Auto und flog mit dem Flugzeug, doch fürchtete er abzustürzen. Im Auto hatte er keine Angst, ist er doch schon so oft gefahren. Das Königsschloß war prächtig, wie viele Speisezimmer, Wartezimmer, Kanzleien, Vor-Kanzleien gab es dort! Mit dem König konnte er aber nicht sprechen. Er weiß nicht, warum er mit dem König sprechen wollte. Aber seine Mama ist doch nicht gestorben, gelt? Deshalb hat er geweint, — natürlich weint man, wenn einem die Mama stirbt und ein ganzes Jahr lang begraben wird. Er glaubte, er wäre der Graf Esterházy, und so wollte er sich dem König vorstellen. Er begrub seine Mutter ein volles Jahr lang, er sagte zwar dem Pfarrer, das sei etwas zu lang, dieser antwortete aber, er solle sich darum nicht kümmern, das ginge ihn nichts an.

Zwei Momente beweisen, daß er die Zeit nicht schätzen konnte. Er glaubte, 10 Jahre geschlafen zu haben, und das Begräbnis seiner Mutter soll ein Jahr gedauert haben. Hiezu gesellten sich Irrtümer bezüglich der Datierung und Zeitbestimmung. In seiner Verwirrtheit meinte er, im Jahre 1917 zu sein, während diese Beobachtung sowie seine Analyse 1926 stattfanden. Er meinte, er habe sich vor 10 Jahren schlafen gelegt, es war damals also 1907. „Also wird jetzt zurückgezählt" — fügte er hinzu — „also bin ich 1907 oder 1927 eingeschlafen."

Doch hatte er in seinem pathologischen Zustande auch Erlebnisse, die — wie ich schon erwähnte — von realen Wahrnehmungen und Erinnerungen zeugten und anscheinend Reste seiner Normalität waren. Ich gebe hier einige seiner derartigen Berichte wieder, die in das bisher mitgeteilte Material verwoben waren. Er schlief — er weiß nicht wo, dort wo die vielen Wagen und Straßenbahnen fahren — auf einer Bank. Dann erwachte er und wußte nicht, wie er nach Hause zu gehen hatte. Man führte ihn auf die Landstraße und jemand sagte, er soll zum Herrn Wachmann gehen. Er tat das und der Polizist führte ihn dann in ein großes Gebäude,[8] dort war aber ein Schmutz! Dann wurde er in einem Auto hierher gebracht. Jetzt wird er

7a) Der größte Ball- und Konzertsaal der Hauptstadt.
8) Stadthauptmannschaft.

doch freigelassen? Jetzt könnte er schon nach Hause finden. Dann wieder einen Augenblick zur Wirklichkeit erwachend, fragte er spontan: „Herr Doktor, meinen Augen fehlt ja nichts, warum wollte dieser andere Doktor gestern meine Augen ausbrennen? Er nahm ein brennendes Zündholz — aber ich habe es nicht geduldet, habe meinen Kopf weggerissen." Ein anderes Mal: „Herr Doktor, ist es noch lang bis zum Sonnabend?"

Diese Äußerungen waren leicht mit den Tatsachen in Beziehung zu bringen. Er wurde tatsächlich auf einer Bank schlafend gefunden, der Wachmann hatte ihn nach dem Erwachen, seine Verwirrtheit bemerkend, auf das Polizeibureau geführt, von dort wurde er mit dem Auto der Rettungsgesellschaft in die Anstalt gebracht. Die Furcht, man würde ihm die „Augen ausbrennen", entstand wahrscheinlich anläßlich der Pupillenuntersuchung durch den die Aufnahme durchführenden Arzt. Der Sinn seiner Frage: „Ist es noch lange bis Sonnabend?" ergab sich später aus der Analyse.

Nach zweitägiger Verwirrtheit klärte sich das Bewußtsein des Kranken; er erinnerte sich aller pathologischer Symptome und nannte seinen Zustand eine „momentane Geistesstörung". Hier setzte die Analyse ein. Ein Teil dessen, was er während seines delirierenden Erzählens reproduzierte, macht auf den ersten Blick den Eindruck von unverhüllten oder wenig verzerrten Wunscherfüllungen und ist mit Tagträumen und infantilen Wunschträumen verwandt. Die Überzeugung von deren Realität ergab sich aus einem eigentümlichen und noch der Aufklärung harrenden Seelenprozeß, nämlich aus dem uns aus Traum und Psychose bekannten Infantilwerden der kritischen Instanz. Zu dieser Kategorie gehören seine flüchtigen Wahnideen, der Herzog Esterházy zu sein, in einem Palast geboren zu sein, dann die Absicht, ein Familienmitglied der Habsburger zu heiraten. Auch das Fliegen, die Teilnahme an einer Abendgesellschaft im Königsschloß, der Traum oder die Konfabulation vom Tanz mit den Elfen gehören in diese Gruppe. Die Analyse brachte die aktuellen Erlebnisse zum Vorschein, welche diese seelischen Gebilde determinierten. Zu der Phantasie von der Abendgesellschaft im Köngsschlosse brachte er folgendes: einige Tage vor seiner Erkrankung sah er in dem Schaufenster eines großen Kürschners das Bild eines Palastes. Die Passanten rieten, was für Palast das wohl sein möge? Ob er einem König oder Herzog gehöre? Jemand fragte ihn dann, ob er gerne ein Königsschloß sehen möchte, worauf er ironisch antwortete: na, das wäre eben sein größter Wunsch; es wäre ihm schon lieber zu wissen, wann er Gehaltserhöhung bekomme. Zum Tanz mit den Elfen in Federkleidern erzählte er, daß er in letzter Zeit eine Tanzschule besuchte; er tanze leidenschaftlich gerne, wie toll. Letzthin traf er in der Tanzschule zwei eigentümlich gekleidete Mädchen, er sagte auch zu seinem Freunde: „Schau, die sehen aus, als hätten sie Federkleider!" Sie waren mit Federn behängt, woran auch andere Anstand genommen hatten. Den Namen Esterházy habe er kaum je gehört. Auf einer Bier-Reklame stand: Esterházy-Bier. Doch spielten sie im Heim, wo er Jugendpräsident war, ein Spiel, bei dem man mit verschiedenen Anfangsbuchstaben möglichst große Persönlichkeiten aufschreiben mußte. Er war der einzige, der mit E schrieb — nämlich „Herzog Esterházy". Darauf lärmten die Jungen den ganzen Abend im Chor: „Wer kommt hier? Unser Präsident. Ha — ha — ha, er ist ja der Herzog Esterházy!"

*

Was waren die aktuellen Erlebnisse, die unmittelbar zum Ausbruch der Psychose führten? Der Kranke berichtet über ein Erlebnis, dessen Wichtigkeit augenfällig war. Am Vorabend ging er aus dem Jugendverein, dessen Präsident er war, spät, nach zehn Uhr, nach Hause. Die Mutter schalt ihn deswegen und er nahm sich das sehr zu Herzen. Die Mutter drohte ihn zu schlagen, wenn er noch einmal spät nach

Hause käme, ihn aus dem Hause zu weisen und den Besuch des Vereines ganz und gar zu verbieten. Der Kranke glaubte selbst an einen engen Zusammenhang zwischen dieser Szene und dem Traum des folgenden Tages sowie auch der akuten Verwirrtheit. Seine Mutter ist kränklich und leidet an asthmaartigen Anfällen, die ihr Herzleiden begleiten. Ein Arzt hatte schon vor 10 Jahren die Familie aufmerksam gemacht, daß so ein Anfall sie einmal das Leben kosten könne. Darum nahm sich der Patient immer in acht, der Mutter keine überflüssigen Aufregungen zu verursachen. Auch diesmal hatte er sich beim Zuspätkommen Vorwürfe gemacht: so ein Vorfall könne ja den Tod der Mutter herbeiführen! Die Beziehung zur Mutter ist sehr gut, wie zu einem Freunde. Tränenden Auges erzählt er, wie er die Mutter liebe, wie viel Dank er ihr schulde, weil sie ihn erzogen, so viel für ihn gekämpft, gearbeitet und sich abgemüht habe, und daß er ihr das nie im Leben werde vergelten können. Doch sei die Mutter sehr streng zu ihm, verlange, daß er punkt acht Uhr zu Hause sei, und schimpfe, wenn er ausbleibe. Doch ist er auch mit festen Banden an den Verein, an das „Heim" geknüpft. Zweieinhalb Jahre ist er dort Mitglied. Jetzt ist er Präsident der Jugendgruppe und alle müssen es anerkennen, daß er zum Aufblühen des Heimes den Löwenanteil beigetragen hat. So kann er das Gebot seiner strengen Mutter nicht befolgen, da die Amtsstunden stets am Abend abgehalten werden und er als Präsident, wie es sich gehört, bis zum Schluß der Sitzung dort bleiben muß. Einerseits hege er Wünsche, auch weiterhin Jugendpräsident in dem Verein, mit dem er so verwachsen ist, zu bleiben, und auch weiter in die Tanzstunde zu gehen. Auf der anderen Seite steht die Mutter, an der er mit so viel Liebe hängt, die ihn aber kennt, und von ihm schwere Entsagungen verlangt; dazu gesellt sich noch die Angst, er würde durch eine Unfolgsamkeit das Leben der Mutter gefährden. Diese Deutung wurde von ihm ohne Schwierigkeiten angenommen. Er antwortete, daß die Sache schon so wäre, er fühle das selber. Nachdem die Mutter ihn bei seiner letzten Verspätung wieder gescholten hatte, faßte er am nächsten Vormittag einen Plan. Er kam zu dem Entschluß, noch den nächsten Sonnabend abzuwarten, bei der Einweihung des neuen Sitzungssaales noch die Präsidentenrede zu halten, die er so sorgfältig vorbereitet hatte, dann aber vom Präsidium abzudanken, — falls er statt seiner einen anderen tauglichen Nachfolger fände. Er dachte sich, wenn er zwischen dem „Heim" und der Mutter wählen müsse, so wähle er die letztere. Doch konnte er zu dieser Feier nicht mehr gehen, da er inzwischen wegen der Geistesstörung interniert wurde.

Demnach konnte man den Inhalt des Traumes und der Psychose, die sich aus ihm entwickelte, einheitlich überblicken. Offenbar erfuhren die realen und bewußten, aktuellen Wünsche, weiter in die Tanzstunde zu gehen und im Verein auch weiterhin Obmann zu bleiben, eine regressive Bearbeitung und erschienen nun als unsinnige, phantastische, infantile Wunscherfüllungen. Auf die Tanzstunde wiesen bloß die Federkleider der Elfen hin und in der Psychose wurde aus dem Obmann der Jugendgruppe der Herzog Esterházy, da er im Heim, während der Spötteleien der Kameraden, mit diesen Gedanken gespielt hatte. Der weiteren Realisierung seiner Wünsche stehen aber die Verbote der Mutter im Wege. Im Traum und in der Psychose erfüllen sich seine Wünsche; doch ist diese unbegrenzte Wunscherfüllung an eine Bedingung geknüpft, an den Tod seiner Mutter. So kann man die heterogenen Elemente seines Traumes sowie der Verwirrtheit miteinander in enge Verbindung bringen. Die Vorwürfe und Drohungen der Mutter hatten ihn zu dem Entschluß gedrängt, auf die Erfüllung seiner Wünsche zu verzichten. Doch da dieser Verzicht für ihn viel zu schwer war, versuchte die Psychose eine andere Lösung des Konfliktes: „stirbt meine Mutter, so steht meinen Wünschen niemand

im Wege". Dies ist der unbewußte und unstatthafte Wunsch, der als Reaktion auf die heftige Szene mit der Mutter auftauchte und an dessen Stelle dann der Traum und die Amentia traten.

*

Bei der Beschreibung seines pathologischen Zustandes erwähnte ich die Irrtümer in bezug auf Zeitangabe und Zeitberechnung: er glaubte 10 Jahre geschlafen zu haben und sagte, das laufende Jahre sei 1917. An diese Angaben knüpfte er noch eine unrichtige Berechnung: vor 10 Jahren ging er schlafen — es war also damals 1907 oder, „wenn wir in der Zeit zurückzählen, 1927". Das Material zu dieser Frage ist recht dürftig, doch zeigt es immerhin, daß diese Irrtümer keine zufälligen waren. Er erinnerte sich nach der Wiederherstellung, daß er in der Verwirrtheit 1917 gesagt hatte, und assoziierte hiezu folgendes: Bei seiner Aufnahme am Polizeiamt sagte einer der Herren, daß heute der Siebzehnte ist. Das Datum der Aufnahme war: 17. September 1926. Dies brachte ihn auf 1917. Außerdem war 1917 ein für ihn wichtiges Datum, nämlich das Sterbejahr seines Vaters. Zur Zahl gehört ferner noch ein wichtiges Erlebnis. Mitte September lief seine Lehrzeit ab und er wollte dies mit einem Picknick feiern, doch kränkelte seine Mutter wieder, und so mußte er auf die Unterhaltung verzichten. Er tröstete sich mit der Hoffnung, seinen 17. Geburtstag im nächsten Jahr — 1927 — dann doch mit seinen Freunden feiern zu können.

Ein anderes Problem bedeutete die Rezidive seiner Psychose. Zehn Tage nach Ablauf der Amentia, nachdem es gelungen war, dem Patienten den Zusammenhang zwischen den rezenten Erlebnissen und seinem Konflikte einerseits, und dem mit einem Traume beginnenden verwirrten Zustande anderseits bewußt zu machen, erschien wieder eine Störung, die einen halben Tag andauerte. Dieser Zustand läßt sich schwer beschreiben, er hatte mit dem ersten Anfall wenig Gemeinsames. Der Kranke machte den Eindruck eines Delirierenden, der mit lebhaften Gebärden lange Monologe hielt, immer etwas wiederholend, dessen Inhalt jedoch nicht recht zu erfassen war. Er schien einem heftigen Haß gegen seinen älteren Bruder Ausdruck zu geben. Dieser Zustand verschwand nach 12 Stunden spurlos, ohne in dem Patienten irgend welche Erinnerungen zu hinterlassen oder durch die weitere, sehr kurze Analyse aufgeklärt worden zu sein.

*

Jedenfalls ließ die weitere Analyse ahnen, daß hinter den rezenten Konflikten ältere Konflikte verborgen waren. Als er vor einigen Jahren noch vor der Berufswahl stand, wollte er um jeden Preis Schauspieler werden. Sachverständige lobten ihn und machten ihm Hoffnungen. Doch dieser Plan erweckte bei der Mutter heftigsten Widerstand, und ihr zu Liebe entsagte er und wählte die realere Laufbahn eines Kaufmannes. Diese Entsagung konnte er sehr schwer ertragen; jetzt traf ihn also das Verbot der Mutter wieder gerade in dem Moment, als er seine Absichten, die er bis zu dieser Zeit nicht durchsetzen konnte, in einer veränderten Form doch noch zu realisieren versuchte. Die Analyse des Kranken deckte eine stark entwickelte und sehr aktive Schau- und Zeigelust auf; eine tiefergehende Analyse hätte sicher gezeigt, daß diese Partialtriebe in der Kinderzeit besonders stark verdrängt wurden. Die kurze Analyse konnte aber nur auf einen kleinen Teil der infantilen Periode Licht werfen, vor allem auf ein wichtiges Erlebnis. Als er die erste Volksschulklasse besuchte, kränkelte sein Vater bereits seit einem ganzen Jahre und lag im Spital. Der Kleine kam eines Tages heim und erfuhr, daß sein Vater gestorben sei. Diese Nachricht konnte er anfangs gar nicht glauben und

dachte: „Wie kann man so was Dummes sagen?" Sogar als er die Leiche seines Vaters sah, konnte er die Tragweite dieses Vorfalles noch immer nicht erfassen. Am Tage der Beerdigung begann er sogar zu singen, und erst als die Mutter wegen seiner Heiterkeit in Tränen ausbrach, wurde auch er betrübt und trauerte, weil eben die Mutter traurig war. Dieses dürftige Material läßt bloß die Vermutung zu, daß sein Betragen der typischen Ödipuseinstellung entsprach. Es gelang auch einigermaßen, den Kranken zur Einsicht zu bringen, daß er wohl den Tod des ein Jahr lang kränkelnden Vaters ersehnt hatte und, als dieser nun eintraf, außer der Trauer auch rückhaltslose Freude, ein Gefühl der Befreiung empfand. Er hatte gute Gründe, sich befreit zu fühlen. Der Vater war nie besonders zärtlich zu ihm gewesen. Er erinnerte sich, daß er im 4. Lebensjahr in einem unbewachten Augenblick aus dem Hause schlüpfte, auf einen benachbarten Platz zu den dort spielenden Kindern lief und sich freudig mit ihnen vergnügte. Er wurde lange Zeit gesucht, bis ihn der Vater endlich fand, nach Hause brachte und ihn tüchtig verprügelte. Doch brachte der Tod des Vaters keine Befreiung für ihn. Jetzt setzte die Mutter seinen Vergnügungen Schranken: sie hielt ihn von vielem zurück und beeinflußte auch seine Berufswahl. Den Geboten seiner Mutter stellte er aus Rücksicht auf ihr Herzleiden meistens keinen bewußten Widerstand entgegen. Es schwebte ihm immer die Möglichkeit vor, mit seinem Ungehorsam den Tod seiner Mutter herbeizuführen. „Ich darf es nicht tun, denn die Mutter könnte daran sterben", — diese beunruhigende Angst, die sein Handeln hemmte, war aber der umgestaltete Wunsch, der ursprünglich gelautet haben mag: „Stürbe doch meine Mutter, dann könnte ich alle meine Wünsche durchsetzen!". Dies ist der Urwunsch, der abgewiesen, zur Verdrängung verdammt und unbewußt wurde. Im Traum und in der Psychose realisiert er den Todeswunsch, doch ist die Zensur mächtig genug, um die Wunschnatur des phantasierten Ereignisses unkenntlich zu machen; der Tod und die Beerdigung werden betrauert und beweint. Die Fehler der Zeiteinschätzung, sowie die irrtümliche Zeitbestimmung während der Verwirrtheit finden nun ihre Aufklärung. Er begrub seine Mutter ein ganzes Jahr lang, er schlief 10 Jahre lang, und die Jahresangabe lautete 1917. Diese Irrtümer waren offenbar durch vier Tatsachen determiniert: durch das Sterbejahr des Vaters, durch die ein ganzes Jahr dauernde Krankheit desselben, durch die seit damals verstrichenen zehn Jahre und durch die wegen der Erkrankung der Mutter erfolgte Verschiebung der geplanten Feier um 1 Jahr. Die in der Psychose zum Ausdruck kommende, erwartungsvolle Wunscherfüllung, die den aktuellen Konflikt durch den Tod der Mutter zu lösen versucht, vermischt sich so mit den Elementen der Vergangenheit; der Patient wiederholt gewissermaßen seine Erlebnisse, die er anläßlich des Todes des Vaters hatte. Die aktuelle Wunscherfüllung verdichtet sich mit dem einst wirklich Erlebten.[9]

9) Hollós analysierte die Irrtümer in der Angabe des Lebensalters bei Paralytikern und Schizophrenen und kam zu der Deutung, daß das Akquirieren der Lues oder die Manifestation der Praecox jenes wichtige Erlebnis war, welches für die Kranken gleichsam „die Zeit zum Stillstand brachte", d. h. in der Bestimmung ihres Alters waren sie an diesen vergangenen Zeitpunkt fixiert. Ich kann seine Befunde durch eigene Beobachtungen ergänzen. Eine Patientin, schon ganz inkohärent, schizophasierend, dement, antwortete auf die Frage nach ihrem Alter: „vielleicht 21". Sie war in der Tat im Jahre 1919, zur Zeit ihres Krankheitsausbruches, 21 Jahre alt gewesen. Daß die Bestimmung keine zufällige war, wird durch ihre Aussage bewiesen, die sie vor Jahren, als sie noch zusammenhängend reden konnte, machte: „Sie habe seit dem 8. Oktober 1919 keinen Namen mehr, damals verließ sie ohne jeden Grund ihren Arbeitsplatz und ist seit dieser Zeit krank." Damit verriet sie nicht nur, daß sie sich ihres Krankheitsbeginnes vollkommen erinnere, sondern auch, daß sie mit diesem Zeitpunkte ihr Leben gleichsam abgeschlossen habe: die Person, die ihren

Die so rätselhaft auftauchende und so rasch wieder verschwindende Rezidive konnte auch einigermaßen erhellt werden. Es gab jemanden in der Familie, auf den der Kranke sozusagen seinen ganzen Haß konzentrierte, und dies war sein älterer Bruder. Diesen Haß begründete der Kranke nur oberflächlich; es war anzunehmen, daß er bloß eine Wiederholung des einstigen Vaterhasses war. Nebstbei war der Bruder ein sehr geeignetes Objekt, um als Zielscheibe einer Rebellion gegen die so zärtlich geliebte Mutter zu dienen. Es kann kein Zufall sein, daß der Ausbruch der Rezidive sich unmittelbar an den ersten Besuch eben dieses gehaßten Bruders anschloß. Ich habe bereits hervorgehoben, daß während der Verwirrtheit des Kranken auch die gegen den Bruder sich richtenden Haßregungen hervortraten.

III.

Die psychoanalytische Literatur der Amentia ist recht dürftig. Die diesbezüglichen Arbeiten enthalten fast gar kein klinisches Material.[10] Dies war der Grund, weshalb ich die Fälle so ausführlich beschrieb. Wenn ich jetzt das klinische Material theoretisch zu sichten versuche, so will ich bloß die bisher gewonnene psychoanalytische Auffassung von Neurose und Psychose daran erproben. Die folgenden Ausführungen erheben keineswegs den Anspruch, etwas Neues mitzuteilen.

Die Analyse der Neurosen und Psychosen führt zu den Trieben. Die Rolle und die Wege der libidinösen Triebe kann man in der Analyse meiner Fälle mehr oder weniger leicht verfolgen.

Die kurze Analyse des Geld verteilenden Amenten brachte sehr wenig infantiles Material, wir können daher nur über das rezente Schicksal der Libido einiges aussagen. Der Patient blieb an sein verlorenes Objekt fixiert, war zu keiner neuen Objektbindung fähig, die Möglichkeit einer genitalen Befriedigung war gerade wegen seiner Fixierung an das verlorene Objekt ausgeschlossen. Der größte Teil der Libido war narzißtisch untergebracht, dies drückte sich in der Melancholie aus, die ihn durchs Leben begleitete. Durch die Versagung seiner genitalen Strebungen treten die sublimierten analen Befriedigungen (Geldverdienen, Freude an Geldbesitz) in den Vordergrund.

Das Material des zweiten Falles, der halluzinatorischen Psychose, ist in bezug auf das infantile und spätere Schicksal der Libido viel reichhaltiger. In der frühesten Kindheit gibt es hier keinen sichtbaren Rivalen und die Bindung

Namen führt, ist von nun an nicht mehr sie selbst und ihre frühere Person bleibt auch weiterhin 21 Jahre alt. — Bei dem besprochenen Amentia-Fall war der Irrtum in der Jahreszahl 1917 zuerst durch den auf dem Polizeibureau gehörten Ausspruch „heute ist der Siebzehnte" bedingt. Wir sahen dann, daß die tiefere Determinante das Sterbejahr seines Vaters war, 1917. Während seiner Verwirrtheit sah ich bei ihm dieselbe flüchtige, später korrigierte Fixierung an einen wichtigen Zeitpunkt der Vergangenheit, wie bei der Schizophrenen, bei der aber diese Fixierung chronisch und unkorrigiert blieb.

10) Freud: „Neurose und Psychose" (Int. Ztschr. f. Psa., Bd. X, 1924, bzw. Ges. Schr., Bd. V) gibt keine Kasuistik.

Schilder teilt in seinem „Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanal. Grundlage", Int. Psa. Verl., Wien, 1925, im Kapitel: „Amentia, Apathie, Agnosie" nur ein Bruchstück eines Falles von Amentia mit.

an die Mutter ist anscheinend ungestört. Der Ödipuskonflikt kommt verhältnismäßig spät, erst mit dem Erscheinen des Stiefvaters, zustande und setzt sich dann in der Rivalität mit dem Stiefbruder fort. Beiden gegenüber ist er äußerst ambivalent. Später tritt dann einerseits eine, wenn auch nur gefühlsmäßige, homosexuelle Bindung immer mehr hervor, anderseits stellt sich nach früheren, realen, heterosexuellen Beziehungen eine Gefühlsentfremdung der Mutter und allen Frauen gegenüber ein, sowie eine Tendenz, das Liebesleben zu erniedrigen.[11] In seiner Libidoorganisation tritt der mächtig entwickelte Sadismus besonders hervor. Einer sozialen Befriedung seiner sadistischen Triebe steht aber das Verbot des Stiefvaters im Wege: er darf nicht Fleischer werden. Dieses Verbot respektiert er wegen seiner starken libidinösen Bindung an den Stiefvater.

Im dritten Fall von Amentia steht die besonders ausgeprägte, die ganze Kindheit und die Pubertät charakterisierende infantile Fixierung an die Mutter im Vordergrund. (Der Kranke hat übrigens auch in seinem Charakter gewisse infantile Züge bewahrt.) Auffallend ist in seiner Libidoorganisation ein verhältnismäßig stark entwickelter Schau- und Exhibitionstrieb. Welchem ätiologischen Faktor fällt in der Entfaltung der Neurosen, sowie der funktionellen Psychosen die ausschlaggebende Bedeutung zu?[12] Es handelt sich letzten Endes immer um eine aus der Umwelt stammende Versagung, die den Triebbefriedigungen des Es mächtig den Weg verstellt. Die mitgeteilten analysierten Fälle gestatten eine klare Einsicht in die Situationen, die dem Ausbruch der Psychose vorangingen, und so können wir dieselben induktiv untersuchen. Die Verschiedenheiten der Fälle machen es ratsam, den zweiten Fall von den beiden anderen gesondert zu besprechen.

Im zweiten Falle ist es der sadistische Partialtrieb, der wahrscheinlich zu stark entwickelt und einer Sublimierung kaum fähig war und im realen Leben nicht die nötige Abfuhr fand. Von dieser Seite drohte dem Kranken Gefahr. Die Gelegenheit, die diesen Trieb zur Befriedigung drängt, ist scheinbar unbedeutend: irgendein Zusammenstoß mit dem Chef oder einer anderen Person. Doch bringt dieser Zusammenstoß nicht nur den aktuellen Haß in Bewegung, sondern mobilisiert auch lang Vergangenes, weckt die Erinnerung an ähnliche Situationen. Das letzte Glied dieser ins Unbewußte reichenden Erinnerungskette ist der Ödipuskonflikt, der Wunsch, den Vater zu töten. Aus dieser Quelle bezieht der aktuelle Haß seine hohe Besetzung. Wenn dann der belanglos erscheinende, aktuelle Zusammenstoß zustande kommt, reagiert der Kranke darauf in einer keineswegs adäquaten Weise; der intensive Haß und

11) Dessen Hauptmotiv (die frühen Erfahrungen über die Prostitution der Mutter) ist in der Analyse leicht zu verfolgen.

12) Ich stütze mich hier auf die grundlegende Auffassung Freuds, die er in zwei Arbeiten gedrängt zusammengefaßt hat: „Neurose und Psychose" und „Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose", beide in der Int. Ztschr. f. Psa., Bd. X, 1924, bzw. Ges. Schr., Bd. V und Bd. VI.

die Wut treiben ihn zur Tat, ja zum Mord. Auf diese Triebgefahr tritt sofort die am meisten entsprechende Art der Abwehr in Aktion: die Flucht vor dem Objekt seiner Mordlust mit Hilfe der Motilität. Doch setzt sich dieser sich oft wiederholende Mordimpuls einmal in seinem Leben durch, er wird zur Tat und nachträglich zur Ursache einer pathologischen Reaktion, der Halluzination. Diese pathologische Reaktion erscheint bei jedem erneut auftauchenden Mordimpuls, wenn die Abwehr weder mittels der Motilität noch anders gelingt. Was repräsentiert diese Halluzination? Sie verkörpert die einst wirklich ermordete Person, weiter die Urrivalen, den Bruder und den Vater, und in der aktuellen Situation die beleidigende Person, gegen die sich der Mordimpuls richtet.[13] Der Mordimpuls findet hier an Stelle seines Objektes, vor dem er geflüchtet ist, einen neuen Gegenstand, gewissermaßen in der Form eines Phantoms.[14] Doch mit dem Erscheinen der Halluzination wird das ursprüngliche Verhältnis umgekehrt. „Ich habe jemanden getötet, oder wollte ihn töten, habe also Grund, seine Rache zu fürchten" — dies ist die Genese der Halluzination. Doch umgebaut zur Projektion lautet es: „Jemand bedroht mich, also ich muß ihn töten, um nicht selber vernichtet zu werden."[15]

Im ersten und im dritten Fall ist das äußere Bild der Situation ein anderes. Bei beiden handelte es sich um reale Forderungen, die, wie hervorzuheben ist, von Personen gestellt wurden, die für die Kranken von großer Bedeutung sind (von den strengen Vorgesetzten, bzw. von der Mutter), und deren Erfüllung unverschieblich an einen gegebenen Termin gebunden war. Jede dieser Forderungen beinhaltet eine schwere Versagung, der Kranke muß auf seine Wünsche verzichten; die Quellen dieser Wünsche sind bestimmte Partialtriebe, im ersten Falle die sadistisch-analen, im anderen die Schau- und Exhibitionstriebe. Der Kranke ist auch geneigt, die aus der Umwelt stammende Versagung auf sich zu nehmen, da er an die versagende Person stark fixiert ist. Eine Zeitlang siegt auch das Bemühen, sich an die äußere Forderung anzupassen, bis es dann unerwartet und eben im entscheidenden Augenblick, knapp vor dem Termin, zum Zusammenbruch kommt.[16]

*

Welches Kräfteverhältnis können wir in diesen Fällen zwischen Triebwunsch und Versagung beobachten? Bei der Halluzinose sehen wir auf den ersten Blick die Übermacht des Triebwunsches gegenüber der Versagung. Eine

13) Außerdem verkörpert sie gleichzeitig das verbietende und strafende Über-Ich.

14) Dieses Phantom ist während der Psychose eine mit der Wirklichkeit gleichwertige „psychische Realität".

15) Damit verbildlicht und vergrößert er auch die aktuelle Situation: er hat ja in der Realität eine Beleidigung, eine Verletzung erfahren.

16) Zu dieser äußeren Forderung gesellt sich eine innere, die vom Über-Ich ausgeht. Im dritten Fall hat das Über-Ich die versagende Rolle zur Gänze übernommen und den Zeitpunkt der Entsagung eigentlich selber gesetzt.

äußere Versagung gibt es hier eigentlich nicht, sie wird fast ausschließlich vom Über-Ich des Kranken auferlegt.[17] Beim ersten und dritten Fall dagegen kommt die versagende Rolle des Über-Ichs neben den realen Personen der Umwelt bloß in zweiter Linie in Betracht. Es herrscht auch kein unüberbrückbarer Widerspruch zwischen den Kräften der Triebwünsche und denen der Versagung, wenigstens so lange nicht, als der Zeitpunkt der endgültigen Versagung nicht wirklich eingetreten ist. Bis dahin werden ja die Wünsche größtenteils befriedigt: der Amente, der sein Geld verteilt, kann Geld sammeln und sich eine Zeitlang in der Illusion wiegen, daß er das Geld nicht hergeben muß; der andere kann seine Exhibitionswünsche gleichfalls in sublimierter Form ausleben. Nur wenn der Termin näherrückt, verändert sich das Kräfteverhältnis zwischen Versagung und Triebanspruch zugunsten des letzteren. Der Termin stellt die Person vor eine ähnliche Aufgabe, wie es die im vorigen Fall besprochene und leichter übersehbare Aufgabe war: einen Trieb, der durch endgültig entscheidende Versagung eine erhöhte Besetzung erhalten hatte, zu meistern.

Nach Freuds Auffassung vom Wesen der Psychose entsteht dieselbe aus dem Konflikt des Ichs und der Realität, und zwar so, daß das Ich dem Es den Weg freigibt, indem es sich zurückzieht, von der Umwelt loslöst. Diese Trennung von der Umwelt ist der erste Schritt des psychotischen Zustandes und vollzieht sich in der Weise, daß die äußere Realität, die ursprünglich durch aktuell fortgesetzte sowie durch frühere Wahrnehmungen — durch den Erinnerungsschatz, also durch eine „im Ich sich befindende Innenwelt" — das Ich beeinflussen konnte, — daß diese äußere Realität nicht mehr zur Wahrnehmung wird oder daß die Wahrnehmung wirkungslos bleibt.

Diese Loslösung von der Realität bedeutet aber keineswegs, daß jede Verbindung mit der Außenwelt aufgegeben wird. Der zweite Schritt der Psychose versucht statt dieser Umwelt, vor der das Ich geflüchtet ist, die neue Außenwelt zu schaffen. Doch wird diese neue Welt nun von den inzwischen übermächtig gewordenen Es-Trieben geformt. Mit anderen Worten: eine „realitätsgerechte" Außenwelt wird in eine „wunschgerechte" umgewandelt.[18] Freud gibt auf die Frage, wie dem Ich die Loslösung von der Umwelt ermöglicht wird, keine Antwort. Es scheint mit der Eigenart des Ichs zusammenzuhängen. Das Ich des Erwachsenen ist meistens ein starres System, starr in dem Sinne, daß es seine Abhängigkeit von der Außenwelt nicht leicht aufgibt. Bei den besprochenen Fällen jedoch konnten wir eine ganz ungewohnte

17) Hier scheint nicht so sehr die absolute Übermacht der Triebwünsche ausschlaggebend zu sein, wie vielmehr die plötzliche Mobilisierung derselben, wodurch die Abwehrkräfte unvorbereitet überrumpelt werden.

18) Dieser Prozeß verläuft aber wahrscheinlich nie ganz einseitig. Einerseits bleiben Reste der früheren Außenwelt bestehen, anderseits kann man Versuche zu einer Rekonstruktion der früheren „realitätsgerechten" Außenwelt beobachten.

Plastizität und Elastizität des Ichs beobachten.[19] Um diese Eigenart des Ichs verstehen zu können, müßten wir über seine Entwicklungsgeschichte besser orientiert sein. Ferenczi hat in seiner grundlegenden Arbeit[20] — lange bevor der psychoanalytische Begriff des Ichs ausgebaut war — eine empirische Skala der Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes der Sexual- und Ich-Triebe aufgestellt. Vom Standpunkt meiner Arbeit aus gesehen, können wir an dem sonst so standhaft erscheinenden Ich die Möglichkeit von Fixierungs- und Regressionsvorgängen annehmen. Die Regression und die durch diese erfolgte Loslösung von der Umwelt werden bei unseren Fällen ganz offenbar,[21] doch bleibt das Wie und Weshalb des Vorganges freilich ungeklärt.

Die auftauchenden Probleme teilen sich also in allgemeine und in spezielle. Zum Kreis der allgemeinen gehört die Frage der „Realitätsprüfung", dieser eigenartigen Funktion des Ichs, und die genauere Untersuchung der Fixierung und der Regression des Ichs. Die Antwort auf die spezielle Frage würde ein tieferes Verständnis der Amentia ermöglichen. Sie lautet nämlich: welche Bedingungen ermöglichen dem Ich diese Elastizität, diese akute, fast totale Regression?[22]

Wenn wir, zum Schluß, vom ökonomischen Standpunkt aus unseren Blick über das große Gebiet der Neurosen und funktionellen Psychosen schweifen lassen, so können wir behaupten, daß die akut auftretende und so schnell ablaufende Amentia wohl die denkbar beste ökonomische Lösung ist. Die schon früher erwähnte Plastizität bzw. Elastizität des Ichs ermöglicht die akute Loslösung von der Umwelt; dies aber erlaubt eine so weitgehende und so rücksichtslose Mobilisierung sowie Befriedigung der Es-Triebe, kurz ein Abreagieren, wie wir es nennen möchten, welches bei erhalten gebliebener Rücksicht auf die Umwelt unmöglich wäre. Dieses Abreagieren führt zur raschen Niveausenkung der Besetzungsenergien des Es und so zu einem Zustand, bei dem das System „Ich-Bw." die Verbindung mit der Außenwelt wieder aufnehmen kann, da es jetzt nicht mehr durch maßlos große Es-Energien bestürmt wird.

19) Wir müssen dieses Ich plastisch und elastisch nennen, da es nicht nur zu dem plötzlichen Ausbruch der Psychose, sondern auch zum Wiederherstellen des Status quo befähigt war.

20) S. Ferenczi: Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes, Int. Ztschr. f. Psa., Bd. I, 1913, S. 124—138, oder: Bausteine zur Psa., I. Bd., Int. Psa. Verl., Wien 1927.

21) Der erste Fall ist ein klassisches Beispiel für die Regression auf die Stufe der „Allmacht der magischen Gebärden". Der zweite zeigt die Periode der magischen Halluzination, während der dritte auf der Entwicklungsstufe der „Allmacht der Gedanken und Worte" zu stehen scheint.

22) Die meisten Psychosen entwickeln sich bekanntermaßen chronisch, mit einer allmählichen und meistens nur partiellen Ablösung von der Umwelt; Bedingungen, die eine akute und totale Regression des Ich ermöglichen, und so auch die akute Lösung, sind sehr selten vorhanden. Bei unserem dritten Fall wird die Möglichkeit zu dieser Regression durch einen die Psychose einleitenden Schlafzustand geschaffen.

Dieser nicht immer gelingende Heilungsversuch der Natur gibt uns Gelegenheit zu einem heute noch recht phantastisch anmutenden Gedanken über die psychoanalytische Therapie der Zukunft. Vielleicht werden wir einmal durch vertieftes Wissen um die Ichstruktur zur Möglichkeit gelangen, das Ich elastischer umzubauen und dann jede chronische Neurose und funktionelle Psychose quasi durch eine künstliche Amentia zu heilen.[23]

23) Die Anregung zu diesen Gedanken habe ich durch Ferenczis neuere therapeutische Versuche erhalten. Jene „Relaxation", die in der Psychoanalyse der Neurosen nur mit so großer Anstrengung zu erreichen ist, kann man in den „Selbstheilungsversuchen" der Psychosen manchmal beobachten.

REFERATE

Aus der Literatur der Grenzgebiete

WEIZSÄCKER, VIKTOR VON: **Studien zur Pathogenese.** Georg Thieme-Verlag, Leipzig 1935.

Die in der vorliegenden Schrift niedergelegten Anschauungen über die Pathogenese setzen die in verwandter Richtung liegenden Forschungsergebnisse der Analyse von Organneurosen fort. Die Darstellung der Krankengeschichten zeigt, daß hier der Wert auf eine vom Autor sogenannte biographische Pathologie gelegt wird. Es werden die Phänomene nicht statistisch geordnet, sondern es wird der Psychogenese organischer Krankheiten nachgespürt. Doch lehnt sich der Verfasser gegen einen betonten Psychologismus auf und erklärt, daß die Ereignisfolgen der Krankheit ebenso nach moralischen als nach geistigen Kräften bestimmt sind und nicht nur nach seelischen.

Im ersten Abschnitt der Abhandlung bringt der Autor 13 aphoristisch dargestellte Krankengeschichten von Patienten mit Angina tonsillaris, bei denen als Ursache der Entstehung ein psychisches Trauma oder ein erotischer Konflikt nachgewiesen wird. Die Angina tritt an Stelle der Konfliktlösung und heilt ab, wenn die Lösung des aktuellen Konflikts durch die Erkrankung gelungen ist. In den ersten 8 Fällen ziehen die Erkrankten einen so befriedigenden Gewinn aus der Krankheit, daß sie, nach Angabe des Autors, nachher froh und glücklich sind. Dem auslösenden Faktor der Erkrankung gibt der Autor den Namen „gekränkter oder getäuschter Eros". Die Krankheit wird „in den Rahmen eines Dramas eingefügt und gehört dazu".

In einem Falle führte die Angina zu einer Allergie, die in Form einer Urticaria als orgastisches Äquivalent sich deuten läßt. Die Formulierung, daß das organische Symptom, hier die Angina, eine lokale Verschiebung der Sexualempfindung von der genitalen auf eine andere Zone darstellt, wobei diese Verschiebung den Wert einer Neurose erlangt, ist analytisch an vielen Orten und in ähnlicher Weise ausgedrückt worden.

In 2 Fällen wird das Thema illustriert, daß das organische Symptom nicht nur aus einer realen, aktuellen, traumatischen Situation hervorzugehen braucht, sondern daß „das Drama" sich endopsychisch abspielen kann. Damit meint der Autor das Fehlen eines manifesten, realen Konfliktes.

Die hier angeführten Fälle von Angina entstehen, wie der Autor verstanden sein will, nicht psychogen, aus versagter oder mißhandelter Geschlechtshandlung und haben nicht einfach Ersatzbedeutung für den genitalen Vorgang, weil sie nicht der Versagung entspringen, sondern einer erotischen Kränkung. Die genitale Erregung und die stürmischen Vorgänge an den Tonsillen treten in nahe Beziehung. Daß die psycho-physische Erkrankung gerade nach dem oralen Pol strebt, sucht der Autor entwicklungsgeschichtlich zu erklären. — In einem Fall von Enuresis soll die Angina zu einer dauernden Heilung vom Bettnässen geführt haben, indem eine Entwertung der genitalen bzw. Miktionsvorgänge eintritt. Die organische Erkrankung an den Tonsillen hat die libidinöse Aufmerksamkeit auf ein neuentdecktes und erkrankungsfähiges Organ gelenkt. Ebenso sollen paranoische Erscheinungen mit der Erkrankung verschwunden und der Kranke wieder arbeitsfähig geworden sein.

Im zweiten Abschnitt wirft der Autor die Frage auf, wie es zur Vieldeutigkeit des Symptoms kommt, wie die mehrfache Funktionsänderung eines Symptoms zu verstehen ist. Diese Klärung sucht der Autor durch „die Einführung des Subjekts in die Pathologie" zu erreichen. Daraus folgt die selbstverständliche Hypothese der sogenannten Psychogenese organischer Krankheiten. Der wissenschaftliche Beweis dieser Hypothese stößt auf die

Schwierigkeit, die seelische Bedeutung von inneren Organen zu ermitteln, denn eine psycho-physische Regel für Herz, Lunge, Leber, Niere gibt es noch nicht.

Am Beispiel des Diabetes insipidus, aus dem der Autor die Empfindung Durst als führendes Symptom herausgreift, sucht er zu exemplifizieren, wie die nähere Erforschung dieser unbekannten Größe auf psychischem Wege die Betriebsstörung im ganzen verstehen läßt. Auch hier schließt der Autor an ein analytisch bereits vielfach dargelegtes und als „Wasserhunger" bezeichnetes Phänomen an. — Im ersten Falle läßt sich vermuten, daß das Wesen des Kranken, seine Heftigkeit, sein Mißtrauen, seine Angst und Fluchtgelüste aus dem Krankenhaus mit den Verhältnissen der Wasserbewegung zwischen Blutgeweben und der Niere parallel gehen und daß seine Angstzustände einer Art Wasservergiftung entsprechen. — Im zweiten Falle, einem Hypophysentumor, zeigt sich, daß der Durst und seine Befriedigung etwas wie eine verbotene Lust geworden ist. Er ist an Stelle der sexuellen Befriedigung getreten. Der Autor findet, daß Geschlechts- und Muttertrieb etwas mit Durst- und Trinktrieb zu tun haben, so wie eben zwischen Hypophyse und Ovar ein Zusammenhang besteht. — In einem dritten Falle alterniert Durstbefriedigung mit Aggression; wenn der Patient das Trinken aufgibt, wird er aggressiv-paranoid. — In einem vierten Fall stellt sich Durst zum erstenmal bei einer sexuellen Versagung ein. Das Trinken tritt an Stelle der Sexualbefriedigung. Allen Fällen gemeinsam ist die Betonung der oralen Sphäre durch die Durstkrankheit. Alle Kranken versicherten, daß ihnen das häufige und reichliche Urinieren keinerlei Lust bringt. Der Autor meint, daß für seine Fälle von Durstkrankheit das erotische Element nicht bestimmend war. Er beschränkt vielmehr die Einheit der angeführten Fälle darauf, daß in ihnen der Durst nicht eine einfache Empfindungsqualität, sondern eine widerspruchsvolle Leidenschaft geworden ist. In ihnen ist moralischer Widerstreit ebenso im Spiele wie affektive, triebhafte Gegensätze.

Auch im dritten Abschnitt findet sich manches analytisch Bekannte. Der Autor schildert eine Angstneurose, an der er zeigt, daß das Symptom topographisch-anatomisch verschieblich ist. An Stelle der Herzanfälle können Migräne und an deren Stelle Durchfälle auftreten. Die Symptome sind eines durch das andere ersetzbar. Als weitere Feststellung wird angeführt, daß die Symptome aus einem Mangel an Zuwendung zum Menschen hervorgegangen sind. Als Wurzel der Entstehung des Symptoms akzeptiert der Autor die als Trauma, Verdrängung und Konversion bekannten Tatsachen. In der Therapie liegt der Erfolg darin, daß die Kranken nicht mehr ihr Herzleiden, sondern ihre Angst behandelt sehen. Durch Mobilisierung des verdrängten Affektes, durch eine Traumkatharsis, verschwinden, nach Ansicht des Autors, die Symptome. Die vermutliche neurogene Beschleunigung der Reizbildung am Herzen bei einer psychogenen Tachykardie und die Angst stehen in einem Wechselverhältnis. „Die Tachykardie kommt von der Angst und die Angst von der Tachykardie. Es kommt nicht darauf an, daß Angst pathogen wirken kann, sondern hat man die Angst nicht richtig, so bekommt man eine hysterische Phobie und mit ihr ein organisches Symptom."

In einem vierten Abschnitt beschreibt der Autor den Vorgang einer hysterischen Lähmung, die er mit seiner „biographischen Methode" untersucht.

In einem fünften Kapitel wird die psychische Behandlung eines Patienten, der nebst verschiedenen konversionshysterischen Symptomen an einer organischen Abduzensparese mit Diplopie leidet, näher ausgeführt.

Am Schlusse faßt der Autor die Ergebnisse der hier angeführten Krankengeschichten dahin zusammen, daß diese Krankheiten entweder an den Wendepunkten biographischer Krisen stehen oder in die schleichende Krise eines ganzen Lebens eingeflochten sind. Diese Einflechtung ist keine äußerlich zufällige und grob mechanische, sondern zeigt, daß Krankheit und Symptom den Wert von seelischen Strebungen, moralischen Positionen und geistigen Kräften annahmen und daß dadurch in der Biographie so etwas wie ein gemeinsamer Boden

für den körperlichen, seelischen und geistigen Anteil der menschlichen Person entsteht. Die biographische Methode, durch die der Inhalt der Krankheit gefunden wird, ist keine Erklärung, sondern eine Art der beobachtenden Wahrnehmung. F. Deutsch (Wien)

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

CURTIUS, F.: **Die organischen und funktionellen Erbkrankheiten des Nervensystems.** Ferdinand Enke, Stuttgart. 1935. 195 S.

Der Verfasser stellt sich in diesem Buch eine aktuelle und wichtige Aufgabe, denn er beabsichtigt eine lehrbuchmäßige Darstellung der neurologischen Erbkrankheiten und gleichzeitig eine Einordnung der Erfahrungen auf dem Gebiete der Neurologie in die Erbwissenschaft. Die Anlage des Buches setzt eine feste Konzeption, einen vielleicht einseitigen, sicherlich aber einheitlichen Gesichtspunkt voraus. Die Einteilung der einzelnen neurologischen Erkrankungen im speziellen Teil des Buches geschieht im wesentlichen nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten. Eine Einteilung, wie sie der Gegenstand eigentlich erfordert, nämlich nach den Erbgesetzen, ist nicht durchführbar. In einem gesonderten Kapitel werden die „funktionellen Erbkrankheiten des Nervensystems", darunter Epilepsie, Migräne, Psychopathie und Neurosen abgehandelt. Auch bei der Migräne werden die Erbfaktoren für ausschlaggebend gehalten, der Erbgang ist bei dem häufigen Vorkommen der Migräne bei Eltern und Kindern wahrscheinlich die einfache Dominanz. Vererbt wird die „allergische Grundkonstitution" und „die allergische neuropathische Konstruktion"; die Migräne stellt somit einen „Schnittpunkt mehrerer Teilbereitschaften" dar. Zu ähnlichen Schlüssen kommt der Verfasser bei der Beurteilung von Neurosen und Psychopathie. Auch dem Analytiker ist die Tatsache nicht unbekannt, daß psychopathische Eltern psychopathische Kinder bekommen, und es ist schließlich nicht zu leugnen, daß auch die Psychopathen die Kinder ihrer Eltern sind. Aber die entscheidende Bedeutung der exogenen Ursachen in der Genese der Neurosen ist in keiner Weise durch die Tatsache ihrer Häufung in bestimmten Sippen vermindert. Gerade bei der Fülle des gebotenen Materials, besonders auch der neurologischen Kasuistik, ist immer wieder von neuem erstaunlich, in wie hohem Maße die Kenntnisse der Erbwissenschaft noch Stückwerk sind, und daß fast bei keiner Erkrankung der Erbmodus gesichert ist. Die lehrbuchmäßige Darstellung verführt oft zu allzu großer Einfachheit und Kürze, z. B. in den Kapiteln über Epilepsie. Im allgemeinen muß aber hervorgehoben werden, daß die Lücken im Wissen aufgewiesen werden, und daß die Formulierungen von größter Vorsichtigkeit sind. Das Buch gibt eine übersichtliche, mit Hilfe der reichlichen Literaturangaben auch eine tiefer einführende Darstellung der Tatbestände und Ansichten auf dem Gebiete der organischen Erbkrankheiten des Nervensystems. Es ist ein Rechenschaftsbericht und gleichzeitig eine Aufforderung zu weiterer Arbeit, die eigentlich bisher nur ihren Gegenstand kennt und deren Ergebnisse vorläufig erst undeutlich und in Umrissen sichtbar sind. M. Grotjahn (Berlin)

GROVES, E. R.: **The Development of Social Psychiatry.** The Psa. Review, XXII, 1; 1935.

G. versucht in diesem Aufsatz eine allgemeine Übersicht über diejenigen Gebiete zu geben, wo psychiatrische und psychotherapeutische Gesichtspunkte die soziologische oder umgekehrt soziologische Gesichtspunkte die Psychiatrie und Psychotherapie befruchten können. Die im wesentlichen referierende und programmatische Darstellung vermittelt dem Leser einen Einblick in die Entwicklung, welche diese Fragen in den letzten 20 Jahren in Amerika genommen haben. Am Schluß fordert der Autor von den Soziologen, daß sie auf solche Erkenntnisse hinarbeiten sollen, welche eine „rekonstruktive" Beseitigung der sozialen Übel, unter denen wir leiden, ermöglichen und von den Psychotherapeuten, daß sie darauf ausgehen, durch „rekonstruktive" Verbesserung der sozialen Situation ihrer Patienten die thera-

peutische Beeinflussung im Sinne der Erziehung zur Anpassung an die Gesellschaft zu unterstützen (Mental hygiene.)

Mit der vom Autor gegebenen Charakterisierung der Forschungsaufgaben, die sich der Psychoanalyse auf dem Feld der Soziologie darbieten, kann man einverstanden sein. Aber es erheben sich Bedenken gegen seine unpräzise Darstellung vom Wesen der psychoanalytischen Therapie. Die hier bestehende Unklarheit und Unschärfe dürfte mit der Auffassung des Autors zusammenhängen, daß es weniger auf die den Therapeuten leitende Schulmeinung ankomme als darauf, daß der Psychotherapeut sich leiten lasse von der Einsicht, daß die Neurose einen Mißerfolg in der sozialen Anpassung darstelle und daß an diesem Punkt die Korrektur zu erfolgen habe.

W. Marseille (Wien)

KRAPF, E.: **Die Seelenstörungen der Blutdruckkranken.** Franz Deuticke-Verlag, Leipzig-Wien 1936.

Die Blutdruckkrankheiten, und zwar die Hypertonie, werden als Ausgangspunkt benutzt, um an ihnen beispielhafte Methoden und Ansichten einer „Psychiatrie auf pathophysiologischer Grundlage" zu entwickeln. Im wesentlichen wird eine Symptomatik der Seelenstörungen bei Hypertonikern gegeben. Es finden sich Absenzen, ängstlich-triebhafte und ekstatische Dämmerzustände, hyperkinetische und akinetische Psychosen, Halluzinosen und delirante Zustände, paranoide und depressive Verstimmungen sowie Wesensveränderungen. Eine differentialdiagnostische Abgrenzung gegen seniles und klimakterisches Irresein und gegen arteriosklerotische Psychosen gelingt nur sehr unvollkommen, obwohl in „reinen" Fällen ein prinzipieller Unterschied zwischen Arteriosklerose und Hypertonie angenommen wird. Es wird eine „extrazerebrale" Disposition zur Hypertonie vermutet, eine mögliche Psychogenese nur kurz erwähnt: „Auch die sogenannte affektive Blutdrucklabilität ist Ausdruck einer bestimmten Konstitution." Der „vasale Faktor" wird zu analysieren versucht, ohne daß wirklich neuartige Erkenntnisse gefördert würden. Es bleibe dahingestellt, ob die Auffassung von den Besonderheiten einer „funktionell-zirkulatorischen Syndromengruppe" mehr bedeutet als einen terminologischen Versuch im Rahmen „strukturanalytischer Methoden".

M. Grotjahn (Berlin)

NEUTRA, WILHELM: **Rationalpsychagogik.** Kritisch-autosuggestive Behandlung der Neurasthenie und Angstneurose. Verlag Weidmann & Co., Wien-Leipzig-Bern.

Der Autor, der im Jahre 1920 ein Buch: Seelenmechanik und Hysterie (Psychodystaxie) veröffentlicht hat (s. die Besprechung im Jahrgang 1920 dieser Zeitschrift), stellt nun neuerlich seine Methode der Neurosenbehandlung dar, die sich vollständig von analytischer Methodik abgewendet hat. Das Buch soll nicht mehr sein, als ein praktischer Leitfaden seiner suggestiven Methode, zu welcher ihm „neben der intuitiven Erfassung der Gesamtpersönlichkeit die objektive Beobachtung der psychischen Konstellation und der Einstellung zu verschiedenen äußeren Situationen" genügt.

Der sichtlich erfahrene und gut beobachtende Autor umgibt seine Suggestionstherapie, die sicherlich so viel erreicht wie andere Suggestionen, mit einem so wortbildungsreichen philosophierenden Gewand, daß die Lektüre dem Naiven ein tief-wissenschaftliches System vortäuscht. So nennt er die Affekte „Subjektfunktionen der Ich-Situations-Relationen", erläutert die hysterische Abulie als „eine starke Aktivität unter der Maske scheinbarer Aktivitätsschwäche in der gleichsam negativen Richtung auf Passivität". Seine Lehre von der Psychenergetik und Affektdynamik zeitigt z. B. folgende Sätze: „Der psychomechanische Wille ist der Ausdruck der Kräftekonstellation aller Tendenzintegrale"; oder „Die hysterisch abnorme Reaktion ist die alogische Entspannungskonsequenz der durch innere oder äußere Widerstände hervorgerufenen und durch die Starrheit der Hemmung logisch unlösbaren Maximal- oder Qualspannung".

Obwohl Neutra „Freuds unsterbliches Verdienst", der psychologischen Forschung die analytische Richtung gewiesen zu haben, anerkennt, wirft er ihr oberflächlich Pansexualismus u. dgl. vor, ohne sich um ein Verständnis der Trieblehre, der Verdrängung usw. irgendwie zu bemühen. So steht er z. B. der Genese der Zwangsneurose, die analytisch so weit geklärt wurde, ganz verständnislos gegenüber; kann er denn hier dauernd helfen!? Originell wirkt der therapeutische Versuch, die Stimmung des Kranken zu beeinflussen; immerhin muß erst „der Widerstand gegen das Akzeptieren der optimistisch-autosuggestiven Hilfsmittel aus dem Wege geräumt werden". Häufiges Beziehen auf Philosophen aller Zeiten, sowie Tableaus komplizierter Schemata beschweren das Werk, so daß es seinen Zweck „hauptsächlich Medizinern, praktisch tätigen Ärzten und Pädagogen" zu dienen, schwerlich erreichen wird.

E. Hitschmann (Wien)

SCHULTZ, I. H.: **Übungsheft für das Autogene Training** (konzentrative Selbstentspannung). Georg Thieme-Verlag, Leipzig 1935. 28 S.

Solange das utopische Reich, von dem Freud in den „Wegen der psychoanalytischen Therapie" spricht, und in dem die Analysen in größerem Umfange durchführbar sein werden, noch weit entfernt ist, solange besteht keine Veranlassung, die Mittel der „kleinen" Psychotherapie, und damit auch das autogene Training, abzulehnen. Auf 28 Seiten stellt I. H. Schultz eine Anleitung zur konzentrativen Selbstentspannung zusammen. Seine Entspannungsregeln sehen aus wie Gebete an das Unbewußte:

„Ich bin ganz ruhig!
Arme und Beine sind ganz schwer!
Arme und Beine sind ganz warm!
Herz schlägt ganz ruhig!
Atmung ganz ruhig, es atmet mich!
Sonnengeflecht ruhig strömend warm!
Stirn angenehm kühl!"

M. Grotjahn (Berlin)

Aus der psychoanalytischen Literatur

ALLEN, C.: **Introjection in Schizophrenia.** The Psa. Review, XXII/2, 1935.

An Hand des Materials von fünf teils analysierten, teils explorierten Fällen bemüht sich A. zu zeigen, welche bedeutende Rolle der Mechanismus der Introjektion nicht nur bei der Melancholie, sondern auch bei der Schizophrenie spielt. Er vertritt die Ansicht, daß der primäre Introjektionsvorgang hier oft durch einen sekundären Projektionsmechanismus überdeckt werde und aus diesem Grund schwer zu beobachten sei. Zum Schluß sind einige allgemeine Erwägungen der Frage gewidmet, wie es kommt, daß die Introjektion bei der Schizophrenie nicht so schwer und folgenreich auftritt wie bei der Melancholie.

W. Marseille (Wien)

DORSEY, J. M.: **The Psychology of the Person Who Stutters.** The Psa. Review, XXII, 1; 1935.

In der Überzeugung, daß sich das psychologische Verstehen des Stotterns auf ein grundsätzliches Verständnis des Phänomens der Sprache stützen müsse, entwickelt D. zunächst seine Ansicht über die ursprüngliche Bedeutung des Sprechaktes. Dabei lehnt er sich an die Sprachtheorie des Physikers R. Paget an, welche dieser in seinem 1930 erschienenen Werk „Human Speech" dargestellt hat und die kürzlich in „Imago", Bd. XXI, 1935, eine so hervorragend günstige Besprechung gefunden hat. Danach hätte die physioplastische Ausdrucksfähigkeit der Stimme dem primitiven Menschen eine anthropomorphe phonetische

Rekonstruktion der gesamten Welt seiner Erfahrung ermöglicht. Von da her sei auch heute noch im Sprechen eine schöpferische Funktion enthalten. Diese Funktion interpretiert der Autor im zweiten Teil seiner Arbeit nun als eine solche, die dem im Akt des Urinierens gegebenen Vorbild folge. Spekulative Gedankengänge führen schließlich auf dem Weg über diese psychologische Gleichung zu dem Ergebnis, daß die Stärke der urethralen Libido ein günstiges Prognostikum beim Vorliegen von Stottern sei. — Es ist zu bedauern, daß der Autor in diesem Aufsatz nichts von seinem klinischen Material mitteilt; denn nur auf Grund empirischer Daten könnte die Frage, wie weit die behauptete Vorbildlichkeit des Urinieraktes für den Sprechakt reicht, geprüft werden. Dem Referenten will scheinen, daß sich gerade die Sprachtheorie Pagets, auf die sich D. doch beruft, nicht in seine Konzeption fügen würde, da sie auf der Annahme einer universalen pantomimischen Nachahmungsfähigkeit der Sprachorgane aufgebaut ist. W. Marseille (Wien)

HILL, L. B.: **A Psychoanalytic Observation on Essential Hypertension.** The Psa. Review, XXII, 1; 1935.

Die auszugsweise mitgeteilte Krankengeschichte eines Mannes von 32 Jahren soll zeigen, wie das Zusammenwirken eines akzidentellen Faktors mit einem konstitutionellen das Symptom erhöhten Blutdrucks zustande bringen kann, ohne daß organische Gründe dafür vorliegen. Kurze Zeit, nachdem die analytisch-kathartische Behandlung das Wiederauftauchen der völlig vergessenen traumatischen Kindheitsszene (in welcher der Patient seine Racheimpulse gegen die Mutter, welche ihn — anscheinend nur dieses eine Mal — mit einer Ponypeitsche schlug, unterdrücken mußte) zuerst in einer dramatischen Reproduktion, dann auch in der Erinnerung herbeigeführt hatte, verschwand das System für immer. W. Marseille (Wien)

ROBBINS, B. S.: **A Note on the Significance of Infantile Nutritional Disturbances in the Development of Alcoholism.** The Psa. Review, XXII, 1, 1935.

An Hand einer sehr interessanten und ziemlich ausführlich mitgeteilten Krankengeschichte zeigt R. die zwiefache Determinierung des Alkoholabusus in diesem Fall. Der Patient, der wegen eines Abszesses in der Brust der Mutter frühzeitig und gewaltsam entwöhnt wurde, befriedigte im Trinken nicht nur pathologisch fixierte orale Bedürfnisse, sondern er bedurfte auch der betäubenden Wirkung des Alkohols, um sein narzißtisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten und sich vor Entfremdungsgefühlen zu schützen. W. Marseille (Wien)

SHARPE, ELLA FREEMAN: **Similar and Divergent Unconscious Determinants Underlying the Sublimations of Pure Art and Pure Science.** Int. Journal of Psa. XVI, 2.

„Reine" Kunst und „reine" Wissenschaft nennt Sh. eine solche Kunst oder Wissenschaft, welche keinerlei praktischen Zwecken dienen will, sondern nur aus dem innern Drang ihres Schöpfers entsteht. „Letzten Endes würde der ‚reine' Künstler zugrunde gehen, wenn nicht Freunde und Beschützer für ihn sorgen würden." Sh. meint auch, was Ref. bezweifeln möchte, daß die großen Entdeckungen in der Naturwissenschaft niemals von Technikern gemacht wurden, sondern nur von „reinen" Wissenschaftlern, die sich für die praktische Verwendung ihrer Erkenntnisse nicht interessierten. — Was bringt die Künstler und Wissenschaftler zu so nutzlosem Beginnen? — Die Antwort auf diese Frage wird in Beschränkung auf den psychologischen Gesichtspunkt gesucht durch die genetische Forschung danach, welche Mechanismen in frühen Stadien der Libidoentwicklung es sind, durch die zum ersten Male geschah, was später in Kunst und Wissenschaft „sublimiert" wiederkehrt. Die Autorin beabsichtigt dabei nicht, die Inhalte der Triebkonflikte, die in künstlerischer und wissenschaftlicher Betätigung zur Entladung drängen — etwa Probleme des Ödipuskomplexes und des Schuldgefühls in der Kunst — zu untersuchen, sondern sie fragt mehr nach dem formalen Element, wieso „nutzloses" Schaffen überhaupt von Konflikten befreien könne.

Dabei beschränkt sie sich auf die tiefste Grundlage der primitiven prägenitalen Denkwelten: Der rhythmisch-harmonische Lebenslauf des Säuglings, geregelt durch Nahrungsaufnahme und Ausscheidung, wird gestört durch die „frühen Ängste", die dem auf die ersten notwendigen Versagungen folgenden oralen Sadismus entsprechen, nämlich dem Streben, den Mutterleib zu zerstören und seinen Inhalt zu fressen. Die Vergeltungsängste hiefür werden mit Hilfe von Introjektions- und Projektionsmechanismen abgewehrt. Hier setzen nun Tendenzen ein, die den einstigen harmonischen Zustand, wie er vor der Störung bestanden hatte, wieder herzustellen versuchen. Ein Wiederaufflackern solcher „Wiederherstellungstendenzen" — das sei Kunst und Wissenschaft.

Die Künstler werden als „archaische" Menschen geschildert; daß sie perspektivisch sehen können, ohne es nötig zu haben, die Gesetze der Perspektive zu lernen, entspreche den noch ungestörten ursprünglichen Wahrnehmungen, denen die „Störung" durch Angst und Sadismus fehle. Diese ursprüngliche Harmonie werde mit der „Nutzlosigkeit" des Tuns wieder angestrebt. Es sei eine Harmonie, stammend aus der Zeit vor dem Sprechenlernen. Wie der Säugling ohne Milch, würde der „reine Künstler" ohne äußere Hilfe zugrunde gehen.

Im Aufbau des Kunstwerks wiederhole sich die Wiederherstellung des sadistisch zerstörten Objekts. „Schöpferische Kunst stellt den Triumph über die Aggression dar. Dieser wird nicht durch Verdrängung oder Reaktionsbildung erreicht, sondern durch eine Art Regelung durch Rhythmus, was letzten Endes die Hervorbringung eines Auf und Ab von Spannungen bedeutet, die rhythmisch und angenehm sind." Der Künstler besiege Aggression und Angst mit Hilfe von Libido. Er identifiziere sich mit der „introjizierten schöpferischen Elternimago". Seine Tätigkeit sei immer ein ordnendes Zusammenfügen, während Angst und Aggression offenbar mit dem Gefühl einhergehen, man habe ungeordnete Einzelstücke in seinem Innern, die nach Ordnung schreien.

Es ist kein Zweifel, daß, wer aus innerem Drange heraus tätig ist, damit irgendein libidoökonomisches Ziel verfolgt, also irgendwelche Konflikte lösen und Harmonie wiederherstellen will. Aber die Beschränkung auf diesen Rahmen und auf seinen frühesten Ursprung vermag, wie uns scheint, das Wesentliche der künstlerischen und wissenschaftlichen Betätigung nicht wiederzugeben. Die Betonung der „Harmonie" des Kunstwerks oder der Naturerkenntnis, die die „Störung" wieder aufheben soll, scheint uns außerdem mehr die klassische Kunst als etwa jene romantische zu charakterisieren, die die „Störung" selbst darstellt und dadurch Befriedigung erreicht.

Bei der „reinen" Wissenschaft sei es ähnlich wie bei der Kunst. Nur prävaliere, während dort die Introjektion im Vordergrund stehe, hier die Projektion. Aber auch der Wissenschaftler wolle sich und seine „guten Imagines" vor den zerstörerischen Kräften der Aggression schützen. Er erreiche dieses Ziel durch die bloße, keinem nützlichen Zwecke dienende Erkenntnis. Allerdings wird nicht recht klar, wieso. Wohl durch eine „Flucht zur Realität", von seinen schreckhaften Phantasien weg, und durch eine „Harmonisierung" der äußeren Welt, indem sie zu „Naturgesetzen" zusammengefügt wird; Frau Sh. meint offenbar, daß darüber hinaus die phobische Haltung des „Ich erkenne nur, ich tue nichts, also kann mir auch nichts geschehen" von Bedeutung ist, ferner auch die durch die naturwissenschaftliche Erkenntnis gefundene Versicherung, die Welt sei gar nicht so gefährlich. Auch die Erkenntnis entspreche also einer „Wiederherstellung", nur stehe dabei oft weniger das orale als das anale Moment im Vordergrund.

Die Unterscheidung von Kunst und Wissenschaft, jene stamme aus der inneren Erfahrung, diese befasse sich mit äußeren Erscheinungen, ist offenbar nicht richtig; andernfalls wäre Psychologie keine Wissenschaft. — Auch die Meinung, daß die Welt ursprünglich in losen Empfindungen gegeben sei, die erst später vom „wiederherstellenden" Ordnungswillen zu Gegenständen zusammengefaßt werden, steht nicht in Einklang mit neueren Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie.

O. Fenichel (Prag)

KORRESPONDENZBLATT
DER
INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

Redigiert vom Zentralsekretär Edward Glover

I. Preisausschreiben

des Psychoanalytischen Lehrinstitutes in London

Die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der Internationalen psychoanalytischen Vereinigung werden darauf aufmerksam gemacht, daß vom Psychoanalytischen Lehrinstitut in London ein Preisausschreiben für die beste Arbeit über ein psychoanalytisches Thema veranstaltet wird. An diesem Wettbewerb können sich sämtliche Mitglieder ohne Unterschied des Arbeitsgebietes beteiligen. Genaue Einzelheiten über die Bedingungen wurden bereits im „International Journal of Psycho-Analysis", 1932, S. 492f., veröffentlicht. Die Höhe des Preises darf 20 engl. Pfund nicht übersteigen.

Die Arbeit soll einen klinischen Bericht über einen auf Grund der psychoanalytischen Methode untersuchten Fall zum Gegenstand haben und ein klares Bild von den Vorgängen und Veränderungen im psychischen Leben des Patienten und deren Beziehung zu den Umweltfaktoren bieten. Bei der Zuerkennung des Preises werden die Schärfe der Beobachtung und die Klarheit der Darstellung besonders in Betracht gezogen werden. Der Verfasser, der aus seinen Untersuchungen theoretische Schlußfolgerungen zu ziehen wünscht, muß beachten, daß solche Schlüsse durch strenge Beweisführung zu erhärten sind. Es empfiehlt sich, den Umfang der Arbeit mit etwa 20.000 Worten zu begrenzen.

Die Arbeiten können bis zum 31. März eines jeden Jahres eingereicht werden und müssen in englischer Sprache abgefaßt sein. Die Manuskripte sind — in Maschinschrift auf Quartpapier mit ausreichendem Korrekturrand — an den Sekretär des Institutes zu senden.

Zu diesem Wettbewerb ist jedes Mitglied ohne Unterschied des Geschlechtes zugelassen. Ausgenommen sind nur die gegenwärtigen oder früheren Mitglieder des Lehrausschusses des preisausschreibenden Institutes.

II. Mitteilungen der Internationalen Unterrichtskommission

Chicago Institute for Psychoanalysis

I. Forschung.

Die Untersuchung psychischer Einflüsse auf das respiratorische System steht gegenwärtig im Mittelpunkt der Forschungsarbeit. Acht Asthmatiker werden von sechs Ärzten analysiert und jeder Fall wird regelmäßig von der ganzen Gruppe besprochen. Dr. Saul hat mit der pneumographischen Methode bei allen Patienten und speziell den Asthmatikern die Beziehungen von psychischen Faktoren zu den Atmungskurven untersucht. Die quantitativen Traumstudien von Dr. Alexander und Dr. Wilson sind durch die Mitwirkung der Gruppe gefördert worden. Weitere gastro-intestinale Fälle werden gleichzeitig analytisch und organisch studiert. Ein neues Projekt ist das Studium psychischer Faktoren bei gewissen Hautkrankheiten, welches von den Doktoren French und Wilson unternommen wird. Außerdem wird die Untersuchung von Petit-mal-Fällen fortgesetzt, ferner von Fällen mit hohem Blutdruck. Das Studium der Traummechanismen in bezug auf den Lernprozeß wird von Dr. French weiter verfolgt.

II. Berufsausbildung

Während des ersten Quartals, 1. Oktober bis 31. Dezember 1935, wurden folgende Kurse abgehalten:

1. Für Berufsgruppen:

Dr. Franz Alexander: Einleitende Vorlesungen über Psychoanalyse. (Hörerzahl 58; wöchentlich.)

Dr. Karl Menninger: Psychoanalytische Auslegung psychiatrischer Fälle. (Hörerzahl 35; vierzehntägig.)

2. Für Mitglieder der Chicagoer Psychoanalytischen Gesellschaft und Kandidaten des Institutes:

Dr. Franz Alexander: Krankengeschichten. (Hörerzahl 21; wöchentlich.)

Dr. Thomas M. French: Besprechung psychoanalytischer Neuerscheinungen (Hörerzahl 23; vierzehntägig.)

3. Spezialkurse von verschiedenen Spezialisten, für Ärzte gegeben, die mit der Forschungsarbeit über psychogene Störungen beschäftigt sind:

Dr. Walter L. Palmer (Universität Chicago): Physiologie und klinische Pathologie von peptischen Geschwüren, ulzerativer Kolitis und funktionellen Darmstörungen. (Drei Vorlesungen.)

Dr. Ralph W. Gerard (Universität Chicago): Neuer Fortschritt in der Physiologie des Nervensystems (Aktionsströme, Thalamus und vegetatives System). (Drei Vorlesungen.)

Dr. Ben. Z. Rappaport (Universität Illinois): Allergie und Bronchialasthma. (Drei Vorlesungen.)

Dr. Roy R. Grinker (Universität Chicago): Klinische Pathologie und Theorie der Epilepsien. (Drei Vorlesungen.)

Dr. Broda O. Barnes: Physiologie der endokrinen Drüsen. (Zwei Vorlesungen.)

Dr. Elmer L. Sevringhaus: Klinische Pathologie endokriner Störungen. (Eine Vorlesung.)

Lehrinstitut der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft, Berlin

IV. Quartal 1935

Carl Müller-Braunschweig: Einführung in die Psychoanalyse I. Teil. Vorlesung, 7 Abende, Hörerzahl 9.

Werner Kemper: Seminar über die drei Abhandlungen. 7 Abende, Hörerzahl 6.

Werner Kemper: Spezielle Neurosenlehre I. Teil. Übertragungsneurosen. Vorlesung, 7 Abende, Hörerzahl 8.

Carl Müller-Braunschweig: Seminar über „Theoretische Schriften", 14tägig, Hörerzahl 10.

Felix Boehm: Technisches Seminar. Hörerzahl 12.

Felix Boehm: Besprechungen über die Aufgaben der poliklinischen Arbeit. Hörerzahl 14.

Ada Müller-Braunschweig: Pädagogisches Seminar. Wöchentlich, Hörerzahl 4.

Finnisch-Schwedische Psychoanalytische Vereinigung

Jahresbericht 1935 der Lehrstelle Stockholm

Vorträge:

2. Februar. Nielsen: Sexuelle Aufklärung. (Für Mediziner und Pädagogen.)

18. Februar. Nielsen: Onanie. (Für Mediziner und Pädagogen.)

22. Februar. Törngren: Medizin und Psychoanalyse. (Im Medizinerverein in Upsala.)

25. Februar. Ekman: Strafen. (Für Mediziner und Pädagogen.)

11. März. Törngren: Medizin und Psychoanalyse. (Für Mediziner und Pädagogen.)

28. März. Jekels: Die psychoanalytische Therapie. — Tamm: Die infantile Sexualität. (In der Sektion für Neurologie und Psychiatrie.)

15. April. Tamm: Intellektuelle Hemmungen. (Öffentlicher Vortrag.)

12. Dezember. Tamm und Törngren: Die Rolle der aktuellen Konflikte in der Neurosenbildung. (In der Sektion für Neurologie und Psychiatrie der schwedischen Ärztegesellschaft.) — In der nachfolgenden regen Diskussion auch Mitteilungen von Nycander und Nielsen.

Kontrollseminar:

31. Januar. Törngren: Ein Fall von Zwangsneurose.

21. Februar. Sandström: Ein Fall von Schizophrenie.

28. Februar. Sandström: Über Charakterneurosen von schizothymem Typus.
14. März. Törngren: Multiple Perversität (ausgeprägte Infantilität).
25. April. Nielsen: Ein Fall von Impotenz.
7. Mai. Ekman: Ein Fall von latenter Homosexualität.
4. Juni. Ekman: Ein Fall von Hysterie.
11. Juni. Nycander: Ein Fall von Zwangsneurose.
13. Juni. Nielsen: Ein Fall von Impotenz. (Fortsetzung.)
12. September. Nycander: Ein Fall von Zwangsneurose. (Fortsetzung.)

Referierabende:

12. Februar. Ekman: Zur präödipalen Phase.
5. April. Ekman: Neueres zum Angstproblem.
2. Mai. Nancy Bratt: Melanie Kleins „Psychoanalyse des Kindes".
5. Dezember. Palmstierna: Die Zwangsneurose.

Institute of Psycho-Analysis, London

Jahresbericht 1934—1935

A. Öffentliche Veranstaltungen

Während der Berichtsperiode wurden vier allgemein zugängliche Kurse veranstaltet, von denen einer für den Ärztestand, die drei übrigen für die breite Öffentlichkeit bestimmt waren.

Dr. Karin Stephen hielt in den Räumen des Institutes im Januar und Februar 1935 über das Thema „Die Psychoanalyse und der neurotische Patient" einen sechsstündigen Kurs mit folgendem Programm:

22. Januar. Neurotischer Druck und Zusammenbruch.
29. Januar. Konflikt und Verdrängung.
5. Februar. Gefahrsituationen, Angst und Schuld.
12. Februar. Die Rolle der psychosexuellen Entwicklungshemmung bei der neurotischen Erkrankung.
19. Februar. Die Entwicklungsgeschichte der Sexualität.
26. Februar. Phantasien von Verletzen und Verletztwerden, von Bestrafung und Wiedergutmachung, und deren Ausdruck im neurotischen Symptom.

Die Teilnehmerzahl betrug 24 Hörer; die Diskussionen fanden rege Beteiligung.

Im Oktober und November hielten in Caxton Hall sechs Mitglieder einen sechsstündigen Kurs über „Die Psychologie der sozialen Gewalt":

26. Oktober. Dr. Glover: Krieg und Aggressionstrieb.
2. November. Dr. A. Stephen: Können Kriege verhindert werden?
9. November. Dr. Eder: Soziale Revolution.
16. November. Dr. Rickman: Kriminalität.
23. November. Dr. Carroll: Verbrechen durch Gewaltanwendung.
30. November. Dr. Jones: Ist der verbrecherlose, pazifistische Staat eine Illusion?

Die Teilnehmerzahl schwankte zwischen 36 und 130 Hörern.

Ein weiterer sechsstündiger Kurs fand unter dem Titel: „Kann man planmäßig erziehen?" im Februar und März 1935 in Caxton Hall statt:

21. Februar. Miss Sharpe: Erziehung mit oder ohne Plan?
28. Februar. Mrs. Klein: Über die Entwöhnung.
7. März. Miss Searl: Über die Neugier. Kann man Fragen beantworten?
14. März. Dr. Middlemore: Die Verwendungsarten der Sinnlichkeit.
21. März. Dr. Isaacs: Benehmen, Disziplin und elterliche Autorität.
29. März. Dr. Isaacs: Die Kinderstube als Gemeinschaft.

An die Vorlesungen schlossen sich lebhafte Diskussionen an; die durchschnittliche Teilnehmerzahl betrug 95 Hörer.

Einen vierten Kurs von acht Vorlesungen über das Thema: „Praktische Erziehungsprobleme" hielt Dr. Melitta Schmideberg in den Räumen des Instituts:

2. Mai. Die normale Entwicklung des Kindes und ihre Störungen.
9. Mai. Die psychische Pflege des Säuglings.
16. Mai. Umweltfaktoren und die Psychologie der Eltern.
23. Mai. Einige Leitsätze der Erziehung.
30. Mai. Die Abschwächung der kindlichen Konflikte.
6. Juni. Typische Schwierigkeiten (Eßstörungen, Eifersucht, Lügen usw.).
13. Juni. Wie verhält man sich gegenüber der kindlichen Sexualität?
20. Juni. Die individuelle und soziale Funktion der Erziehung.

Dr. Glover führte den Vorsitz; die Teilnehmerzahl betrug im Durchschnitt 75 Hörer. Die einzelnen Vorträge brachten bei gleichbleibender Teilnahme rege Diskussionen.

In Ergänzung dieser Vorlesungen führte Miss Low im Institut zwei Arbeitsgemeinschaften durch. Die erste wurde zwischen Februar und April abgehalten und befaßte sich mit der „Psychologie der Alltagsschwierigkeiten". Die zweite Arbeitsgemeinschaft fand im Mai und Juni statt; das Thema lautete: „Einige emotionale Faktoren und ihr Einfluß auf die Persönlichkeitsentwicklung."

Das Public Lecture Sub-Committee wurde vom Ausschuß für das kommende Jahr wiedergewählt. Dr. Yates schied aus dem Komitee; an seine Stelle trat Dr. Susan Isaacs.

B. Bericht des Unterrichtsausschusses

Stand der Kandidaten: Am 30. Juni 1934 standen 18 Kandidaten auf der Ausbildungsliste, und zwar:

Zur Erwachsenenanalyse: 14 in Ausbildung, 3 vorgemerkt.

Zur Kinderanalyse: 3, von denen einer auch an der Ausbildung zur Erwachsenenanalyse teilnimmt.

Seither kamen 9 neue Kandidaten hinzu; 1 Kandidat trat aus.

Dr. Middlemore wurde als praktizierender Analytiker für Erwachsene, Dr. Winnicott und Mrs. Susan Isaacs werden als praktizierende Analytiker für Kinder anerkannt.

Zu Jahresende standen somit 24 Kandidaten auf der Ausbildungsliste, davon 23 für Erwachsenenanalyse (21 in Ausbildung, 2 vorgemerkt) und 1 für Kinderanalyse.

Kontrollanalysen: 3 Kandidaten wurden unter Kontrolle zu Analysen zugelassen. Zu Jahresende waren 7 Kandidaten unter Kontrolle mit der Analyse von 14 Fällen beschäftigt.

Kontrollanalytiker: Dr. Melitta Schmideberg und Miss Sheehan-Dare kamen zur Liste der Kontrollanalytiker hinzu, die nun 12 Analytiker umfaßt, und zwar: Dr. Brierley, Dr. Glover, Dr. Jones, Mrs. Klein, Dr. Payne, Mrs. Riviere, Dr. Rickman, Dr. Schmideberg, Miss Searl, Miss Sharpe, Miss Sheehan-Dare, Mr. Strachey.

Vorlesungen: Während der Berichtsperiode fanden 3 Lehrkurse statt:

Oktober: Dr. Scott: Psychiatrie. 6 Stunden.
Januar: Mrs. Isaacs: Anthropologie. 6 Stunden.
April: Dr. Brierley: Theorie. 6 Stunden.

Praktische Seminare. Es fanden 2 ständige Seminare statt:

Oktober: Dr. Payne. 6 Stunden.
Januar: Miss Searl. 6 Stunden.

Während des Sommers hielten Miss Sharpe und Mr. Strachey Einzelseminare ab.

Theoretische Seminare wurden in monatlichen Sitzungen von Doktor Brierley abgehalten.

Seminare für Kinderanalyse wurden in gewissen Abständen von Mrs. Klein durchgeführt.

C. Bericht der London Clinic of Psycho-Analysis

Die Gesamtzahl der in der Berichtsperiode an der Klinik durchgeführten Untersuchungen betrug 98 (48 m., 50 w.) gegenüber 98 im Vorjahre und 89 im vorvergangenen Jahre. Hievon waren 91 Erwachsene (42 m., 49 w.) und 7 Kinder (6 m., 1 w.).

Erwachsene. Die 91 Erwachsenen verteilen sich folgendermaßen:

Bei der Untersuchung beraten	42	(20 m.,	22 w.)
Zur Behandlung empfohlen	49	(21 m.,	28 w.)
Von diesen der Behandlung zugewiesen	8	(2 m.,	6 w.)
Auf der Warteliste vorgemerkt	41	(19 m.,	22 w.)

Diagnose: Für die 49 zur Behandlung empfohlenen Patienten ergaben sich folgende provisorische Diagnosen, die nach Beginn der Behandlung einer Revision unterzogen wurden:

Angsthysterie	22	(7 m.,	15 w.)
Konversionshysterie	2	(—	2 w.)
Stottern	1	(1 m.	—)
Tic	1	(—	1 w.)
Zwangsneurose	2	(1 m.,	1 w.)
Neurotischer Charakter	6	(2 m.,	2 w.)
Depression	3	(3 m.	—)
Angstdepression	1	(—	1 w.)
Paranoia	3	(2 m.,	1 w.)
Psychose	1	(—	1 w.)

Schizophrenie	1 (1 m.	—)
Schizoider Charakter	1 (—	1 w.)
Homosexualität	3 (3 m.	—)
Kriminelle Anlage	1 (1 m.	—)
Therapeutische Analyse	1 (1 m.	—)

Kinder. Die 7 Kinder verteilen sich folgendermaßen:

Bei der Untersuchung beraten	2 (1 m., 1 w.)
Zur Behandlung empfohlen	5 (5 m. —)
Von diesen der Behandlung zugewiesen	4 (4 m. —)
Auf der Warteliste vorgemerkt	1 (1 m. —)

Diagnose:

Angsthysterie	2 (2 m.)
Bettnässen	1 (1 m.)
Reizbarkeit	1 (1 m.)
Lernhemmung	1 (1 m.)

Warteliste: Die Anzahl der vorgemerkten Personen betrug am Ende des Jahres 204 gegenüber 166 im Jahre 1934, und zwar:

Erwachsene	184 (148 im Jahre 1934)
Kinder	20 (18 im Jahre 1934)

In Behandlung: Zu Ende des Jahres standen 60 Fälle in Behandlung.

Dr. Edward Glover
Sekretär

Lehrinstitut der Pariser Psychoanalytischen Vereinigung

IV. Quartal 1935

Kurse:

I. Jahrgang:

4. November bis 16. Dezember. R. Spitz: Einführung in die Psychoanalyse (siebenstündig).

8. November bis 13. Dezember. M. J. Leuba: Der Begriff der Sexualität (sechsstündig).

12. November bis 17. Dezember. Marie Bonaparte: Trieblehre (sechsstündig).

II. Jahrgang:

6. bis 20. November. M. G. Parcheminey: Über Hysterie (dreistündig).

27. November bis 11. Dezember. M. M. Cenac: Über Zwangsneurose (dreistündig).

Vorlesungen:

16. bis 30. November. Prinz Peter von Griechenland: Ethnologie und Psychoanalyse (dreistündig).

Sendai Psycho-Analytical Society

Bericht des Unterrichtsausschusses über das I.—IV. Quartal 1934 und I.—II. Quartal 1935

Vorlesungen:

Seit mehr als zehn Jahren werden in der medizinischen und in der juristisch-literarischen Fakultät der Kaiserlichen Universität zu Sendai von Prof. K. Marui Vorlesungen über Psychoanalyse für Studenten im Rahmen allgemeiner Psychiatrie, bzw. Psychologie gehalten. Seit Mai 1935 hält Dr. H. Kosawa im öffentlichen Kindergarten des Nihonbashi-Stadtteils (Tokio) für Verwalter und Kindergärtnerinnen Vorlesungen über Theorie und Praxis der Psychoanalyse.

Vorträge:

Im Jahre 1934:

2. April. Auf der 33. Plenarversammlung der Japanischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie (in Tokio). Prof. K. Marui: Die psychoanalytische Auffassung der Paraphrenie (ein Referat des Vortrags wird im offiziellen Organ der Gesellschaft veröffentlicht).

24. April. Im Rahmen des psychoanalytischen Unterrichtskurses des Instituts für Psychoanalyse in Tokio (Leiter: Herr Kenji Otsuki). Dr. Kosawa: Psychoanalyse und Veredelung.

10. Mai. Vortragsabend der Japanischen Gesellschaft für psychische Hygiene (in Osaka). Dr. Ch. Hayasaka: Psychoanalyse und psychische Hygiene (der Vortrag wird im offiziellen Organ der Gesellschaft veröffentlicht).

24. Mai. Sitzung einer Gesellschaft (in Tokio). Dr. Kosawa: Über Psychoanalyse.

31. Mai. Wissenschaftliche Sitzung unserer Gruppe (in Sendai). Dr. Hayasaka referiert das Kapitel „Angst und Triebleben" aus Freuds „Neue Folge der Vorlesungen", und Dr. M. Yamamura: Kempners „Beitrag zur Analerotik" (aus d. Int. Ztschr. f. Psa.).

5. Juli. Wissenschaftliche Sitzung. Prof. Marui referiert das Kapitel „Organlibido" (aus Fenichels „Hysterien und Zwangsneurosen").

19. September. Sitzung der Japanischen Gesellschaft für Kinderforschung (in Tokio). Dr. Kosawa: Die psychoanalytische Auffassung der psychischen Entwicklung des Kindes (der Vortrag wird in einigen Zeitschriften veröffentlicht).

7. Oktober. Unterrichtskurs der pädagogisch-psychologischen Gesellschaft (in Sendai). Dr. Hayasaka: Psychoanalyse der Kinder.

27. Oktober. Auf der 19. Plenarversammlung der Tohoku-Gesellschaft für Medizin (in Sendai). Dr. Hayasaka: Abgrenzung der Zwangsneurose von der Angsthysterie; Dr. Yamamura: Wiederum über latente negative Übertragung (Referate der Vorträge erscheinen im offiziellen Organ).

30. Oktober. Radio (von Sendai). Dr. Hayasaka: Familiäre Erziehung und Psychoanalyse.

Im Jahre 1935:

30. April. Auf der 34. Plenarversammlung der Japanischen Gesellschaft für die Neurologie und Psychiatrie (in Niigata). Dr. Hayasaka: Über die Angstneurose

im Sinne Freuds; Dr. Yamamura: Identifizierung mit dem Analytiker. Bei dieser Sitzung wurde von einigen Psychiatern über das Verständnis der Psychoanalyse in Japan diskutiert (Referate der Vorträge und Diskussionen erscheinen im offiziellen Organ).

7. Mai. Sitzung der Gesellschaft für Kindergartenforschung im öffentlichen Kindergarten des Nihonbashi-Stadtteils (Tokio). Dr. Kosawa: Einige Bemerkungen über Kinderpflege.

5. Juni. Spezielle Vorlesung für Studenten der Nippon Medizinischen Fakultät zu Tokio, die Sendai besuchten. Prof. Marui: Über Psychoanalyse.

Publikationen:

Im Jahre 1934:

Januar. Dr. R. Kimura: Wesen der psychoanalytischen Therapie.

Januar. Dr. Kosawa: Einige Selbsterklärungen der psychoanalytischen Therapie.

Januar. Dr. Hayasaka: Angstneurose, Angsthysterie und ihre Therapie.

Februar. Prof. Marui: Über Anwendungen der Psychoanalyse.

Juni—Juli. Dr. Kosawa: Über Psychoanalyse.

Dezember. Herausgabe von Arbeiten aus unserem Institut: Prof. Marui, Über den Introjektionsvorgang bei Melancholie; Dr. Yamamura, Psychoanalytische Studien über Erythrophobie, II. Mitt.; Dr. Hayasaka: Psychoanalytische Studien über die neurotische Angst, IV. Mitt.

Im Jahre 1935:

Feburar. Dr. Kosawa: Ein passageres Symptom.

März. Derselbe: Zwei Arten von Schuldbewußtsein.

März. Dr. Yamamura: Über die präödipale Organisation. Ferner wurden zahlreiche andere kleine Schriften von Dr. Kosawa veröffentlicht.

Patienten:

Im Laufe von eineinviertel Jahren wurden 62 Patienten analytisch behandelt. Die Verteilung nach der Diagnose der Fälle ist folgende:

Akute Verwirrtheit	7	Impotenz	1
Angstneurosen	2	Konversionssymptome	2
Befangenheit	1	Kopfschmerz	1
Charakterneurosen	3	Manisch-depressives Irresein	2
Depression	5	Melancholie	1
Dementia praecox incip.	2	Paraphrenie	1
Erythrophobie	4	Perversion	1
Ejaculatio praecox	1	Schizoid	1
Hebephrenie	1	Schizophrenie	1
Homosexualität	1	Schlafstörung	1
Hysterie	8	Stottern	1
Hysteroepilepsie	2	Zwangsneurosen	10

Ch. Hayasaka,
Sekretär

Lehrinstitut der Ungarischen Psychoanalytischen Vereinigung, Budapest

IV. Quartal 1934

I. Kurse

Dr. I. Hollós: Einführung in die Psychoanalyse. 6 Vorträge. Hörerzahl 40.
Dr. Zs. Pfeifer: Abschnitte aus der Trieblehre. 4 Vorträge. Hörerzahl 30.
Dr. G. Róheim: Der primitive Mensch. 6 Vorträge. Hörerzahl 40.

II. Seminare

Frau V. Kovács: Technisches Seminar. 4 Abende. Teilnehmerzahl 17.
Frau K. Lévy: Psychoanalytisches Seminar für Pädagogen. 7 Abende. Teilnehmerzahl 16.

I. u. II. Quartal 1935

I. Kurse

Dr. I. Hollós: Einführung in die Psychoanalyse. 4 Vorträge. Hörerzahl 40.
Dr. I. Hermann: Die Analyse der intellektuellen Funktionen. 3 Vorträge. Hörerzahl 30.
Dr. E. Almásy: Psychiatrische Kasuistik. 3 Vorträge. Hörerzahl 15.
Frau Dr. F. K. Hann: Die Entwicklung des Charakters. 3 Vorträge. Hörerzahl 20.
Frau E. Gyömröi: Die neurotische Angst. 1 Vortrag. Hörerzahl 30.

II. Seminare

Frau V. Kovács: Technisches Seminar. 8 Abende. Hörerzahl 17.
Frau K. Lévy: Psychoanalytisches Seminar für Pädagogen. 8 Abende. Teilnehmerzahl 16.

IV. Quartal 1935

I. Kurse

Dr. E. Almásy: Psychiatrische Kasuistik. 3 Vorträge. Hörerzahl 15.
Frau A. Bálint: Über die Verdrängung. 3 Vorträge. Hörerzahl 15.
Dr. G. Róheim: Die Psychologie der Menschheit. 4 Vorträge. Hörerzahl 15.

II. Seminare

Frau V. Kovács: Technisches Seminar. 5 Abende. Teilnehmerzahl 18.
Frau Dr. M. Dubovitz: Seminar für Kinderanalytiker. 4 Abende. Teilnehmerzahl 10.
Frau K. Lévy: Psychoanalytisches Seminar für Pädagogen. 10 Abende. Teilnehmerzahl 14.

Dr. J. Hermann

Lehrausschuß der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung

Arbeitsjahr 1934/35 (1. Oktober 1934 bis Ende Juni 1935)

1. Im Berichtsjahr 1934/35 standen durchschnittlich 36 Kandidaten in Ausbildung, davon 15 männliche und 21 weibliche. Unter ihnen waren 21 Ärzte, 15 Laien. Im Stande der Lehranalyse befanden sich 16 Kandidaten, 20 machten ihre praktische Ausbildung (Kontrolle) durch.

2. Für die Kandidaten des theoretisch-therapeutischen Lehrganges wurden im Wintersemester 1934/35 (I. u. II. Quartal) obligate Kurse und Seminare abgehalten.

Obligate Kurse:

E. Bibring: Trieblehre (siebenstündig), 20 Hörer.

P. Federn: Einführung in die Technik der Psychoanalyse (fünfstündig), 20 Hörer.

E. Hitschmann: Praxis der Traumdeutung (vierstündig), 15 Hörer.

R. Sterba: Theorie der Traumdeutung (vierstündig), 15 Hörer.

R. Wälder: Einführung in die allgemeine Neurosenlehre (achtstündig), 25 Hörer.

Obligate Seminare:

E. Bibring, H. Hartmann: Theoretische Grundlagen der Psychoanalyse (14tägig), 16 Hörer.

O. Isakower: Lektüre Freudscher Schriften (14tägig), 15 Hörer.

Anna Freud: Seminar zur Technik der Kinderanalyse, für Fortgeschrittene (jeden Montag), 28 Hörer.

B. Bornstein, J. Wälder: Seminar zur Technik der Kinderanalyse, für Anfänger (jeden Dienstag), 15 Hörer.

Ed. Sterba: Seminar zur Technik der Kinderanalyse, für Anfänger (jeden Freitag), 7 Hörer.

Nach Wahl zugängliche *Vorlesungen:*

A. Aichhorn: Psychoanalyse der Verwahrlosten (fünfstündig).

E. Bergler: Die orale Phase der Libidoentwicklung (dreistündig).

Gr. Bibring-Lehner: Übertragungswiderstände und ihre Bewältigung (vierstündig).

P. Federn: Psychoanalyse des Ichs (vierstündig).

E. Hitschmann: Die Geschlechtskälte der Frau (vierstündig).

J. Lampl-de Groot: Zur Psychoanalyse des Weibes (vierstündig).

M. Steiner: Störungen der männlichen Sexualfunktion (mit einer Einleitung über die Anatomie und Physiologie der männlichen Sexualorgane) (dreistündig).

Nach Wahl zugängliche *Arbeitsgemeinschaften* (Seminare):

E. Bergler, L. Eidelberg: Analyse der Charakterstörungen und Perversionen (monatlich).

R. Mack-Brunswick: Psychoanalyse der Psychosen (vierzehntägig).
H. Deutsch: Kontrollanalysen in Gruppen (wöchentlich).
E. Hitschmann: Kasuistisches Seminar des Ambulatoriums (wöchentlich).
R. Sterba: Theorie der Therapie (14tägig).

Im Sommersemester 1935 (III. Quartal) wurden abgehalten:

Obligate Kurse:

E. Bibring: Spezielle Triebentwicklung (sechsstündig), 20 Hörer.
H. Hartmann: Spezielle Neurosenlehre (sechsstündig), 18 Hörer.

Obligate Seminare:

O. Isakower: Lektüre Freudscher Schriften (wöchentlich), 15 Hörer.
A. Freud: Seminar zur Technik der Kinderanalyse, für Fortgeschrittene (jeden Montag), 28 Hörer.
B. Bornstein, J. Wälder: Seminar zur Technik der Kinderanalyse, für Anfänger (jeden Dienstag), 15 Hörer.
Ed. Sterba: Seminar zur Technik der Kinderanalyse, für Anfänger (jeden Freitag), 7 Hörer.

Arbeitsgemeinschaften, bzw. *Seminare* (nach Wahl):

E. Bergler, L. Eidelberg: Referate psychoanalytischer Neuerscheinungen (monatlich).
H. Deutsch: Kontrollanalysen in Gruppen (wöchentlich).
E. Hitschmann: Kasuistisches Seminar des Ambulatoriums (wöchentlich).
R. Sterba: Lektüre Freudscher Schriften (ausschließlich für Mitglieder des Vereines für medizinische Psychologie) (wöchentlich).

3. Im Lehrgang für Pädagogen wurden im Wintersemester 1934/35 abgehalten:

Vorlesungen:

A. Aichhorn: Einführung in die Erziehungsberatung (20stündig), Teilnehmerzahl zirka 30.
W. Hoffer: Heilpädagogik (Allgemeiner Teil) (vierstündig), Teilnehmerzahl 45.
E. Kris: Die Einwände gegen die Psychoanalyse (vierstündig), Teilnehmerzahl 50.
E. Sterba: Kinderneurosen (vierstündig), Teilnehmerzahl 45.
J. Wälder: Die frühkindliche Entwicklung (fünfstündig), Teilnehmerzahl 45.

Seminare:

A. Aichhorn: Seminar für Erziehungsberater (20stündig), Teilnehmerzahl 25.
G. Bibring, W. Hoffer, J. Lampl-de Groot, R. Sterba: Lektüre Freudscher Schriften (20stündig), in Gruppen à 15.

Arbeitsgemeinschaften:

A. Angel, E. Buxbaum, D. Burlingham, E. Sterba: Besprechung praktischer Fragen (2ostündig), in Gruppen à 10.

Im Sommersemester 1935 wurden abgehalten:

Vorlesungen:

A. Aichhorn: Einführung in die Erziehungsberatung (achtstündig), Teilnehmerzahl 30.

E. Bibring: Einführung in die Trieblehre (zweistündig), Teilnehmerzahl 45.

E. Sterba: Erziehungsmittel in der Praxis (zweistündig), Teilnehmerzahl 45.

E. Sterba: Theorie der Erziehungsmittel (zweistündig), Teilnehmerzahl 45.

Seminare:

A. Aichhorn: Seminar für Erziehungsberater (sechsstündig), Teilnehmerzahl 25.

G. Bibring, J. Lampl-de Groot: Lektüre Freudscher Schriften, in Gruppen à 15.

Arbeitsgemeinschaften:

A. Angel, E. Buxbaum, D. T. Burlingham, E. Sterba: Besprechung praktischer Fragen (achtstündig), in Gruppen à 10.

III. Berichte der Zweigvereinigungen

Chicago Psychoanalytic Society

IV. Quartal 1935

21. September. Dr. Leo Bartemeier: Report of a Case of Affect Epilepsy.

5. Oktober. Dr. George W. Wilson: Analysis of a Transitory Conversion Symptom Simulating Pertussis.

27. Oktober. Dr. Leo Bartemeier: The Analysis of a Case of Epilepsy.

9. November. Dr. Franz Alexander: Problems of Psychoanalytic Technique.

23. November. Dr. Catherine Bacon: Envy of the Mother and the Wish to Take. from Her.

7. Dezember. Geschäftliche Sitzung.

21. Dezember. Dr. Ralph C. Hamill: The Drawings of a Nine-Year old Epileptic Girl.

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft

IV. Quartal 1935

18. September: Dr. C. Müller-Braunschweig: Über eine erste kongenitale objektbezogene Frühblüte der genitalen Komponente.

12. Oktober. Zulliger-Bern (a. G.): Der Rohrschachtest im Dienste der Erziehungs- und Berufsberatung.

14. Oktober. Zulliger-Bern (a. G.): Verschiedene Reaktionstypen des kindlichen Schuldgefühls.

19. Oktober. 1. K. Schottlaender-Stuttgart: Kasuistische Beiträge zum Problem der Fixierung und der Ambivalenz. 2. Generalversammlung: Es erstatteten Jahresberichte Boehm als Vorsitzender der Gesellschaft und als Leiter des Ambulatoriums über Geschichte und Arbeit der Gesellschaft und des Ambulatoriums; Müller-Braunschweig als Leiter des Lehrwesens, Vorsitzender des Unterrichtsausschusses und als Kassenwart über die Unterrichts- und Ausbildungstätigkeit und über die Kassen. Die Berichte werden genehmigt. Von dem bisherigen Vorstand wurden wiedergewählt Boehm und Müller-Braunschweig. Für das bisherige, aber zur Zeit im Ausland befindliche und dadurch aus dem Vorstand ausscheidende dritte Vorstandsmitglied Frau Weigert-Vowinckel wurde Herr Kemper gewählt. In den Unterrichtsausschuß werden wiedergewählt Boehm, Kemper, Ada und Carl Müller-Braunschweig (Vorsitzender), zum Kurator des Stipendienfonds Kemper, zu Kassenrevisoren Boehm und Müller-Braunschweig.

Zu ordentlichen Mitgliedern wurden gewählt Herold und Witt.

Die weitere Verteilung der Funktionen der Vorstandsmitglieder wird am 30. Oktober vom Gesamtvorstand selbst — zur Entlastung Müller-Braunschweigs — wie folgt vorgenommen: Boehm: Vorsitzender und Schriftführer der Gesellschaft und Leiter des Ambulatoriums;

Müller-Braunschweig: Stellvertretender Vorsitzender, Leiter des Lehrwesens;

Kemper: Kassenwart.

6. November. Dr. Boss-Schweiz (a. G.): Die therapeutische Beeinflußbarkeit des schizophrenen Ichzerfalls.

13. November. Dr. Schultz-Hencke: Struktur und Therapie eines schizophrenieähnlichen Falles.

27. November. Frau Dr. Koch (a. G.): Widerstandsanalyse bei einer narzißtischen Neurose.

22. Dezember. Frau Dr. Karen Horney-New York: Zum Thema der negativen therapeutischen Reaktion.

Dr. Carl Müller-Braunschweig

Finnisch-Schwedische Psychoanalytische Vereinigung

IV. Quartal 1935

23. September. Vereinssitzung. Fenichel (als Gast): Der Trieb, sich zu bereichern.

3. Oktober. Vereinssitzung. Nycander: Zwei Fälle. Jekels: Fälle.

31. Oktober. Vereinssitzung. Vereinsangelegenheiten.

12. November. Kontrollseminar. Nycander: Patient.

5. Dezember. Referierabend. V. Palmstierna: Die Zwangsneurose.

12. Dezember. Vorträge in der Sektion für Psychiatrie und Neurologie der schwedischen Ärztegesellschaft. Tamm und Törngren: Die Rolle des

aktuellen Konflikts bei der Neurosenbildung. Nachher rege Diskussion mit Beteiligung auch von Nycander und Nielsen.

17. Dezember. Vereinssitzung. C. Oppenheim (als Gast): Ein schwieriges Kind.

Alfred Tamm

Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület

IV. Quartal 1935

4. Oktober. Dr. O. Fenichel (als Gast): Schautrieb und Identifizierung.

18. Oktober: Frau K. Lévy: Die Motive des Schweigens des analytischen Patienten.

15. November. Dr. I. Hermann: 1. Ergänzungen zur Wirbeltheorie der Triebe. — 2. Fortschritt der Analyse in einem Fall. — 3. Zum Tema des leuchtenden Auges.

29. November. Dr. Z. Pfeifer: Musikpsychologische Probleme.

13. Dezember. Dr. Z. Pfeifer: Fortsetzung.

Adressenänderung: Frau Edith Gyömröi-Glück, Budapest II, Trombitâs u. 20.

Dr. J. Hermann
Sekretär

Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse

III. und IV. Quartal 1935

30. November (Leiden). Dr. F. P. Müller: Analyse einer metamorphosierenden Neurose.

Neu zugetreten als ordentliches Mitglied:

Frau Dr. C. M. Versteeg-Solleveld, 3 Javastraat, Haag;

als außerordentliches Mitglied:

Dr. K. Landauer, 10 Breughelstraat, Amsterdam, Z;
Dr. M. Levy-Suhl, 7 Prins Mauritsstraat, Amersfoort;
Dr. Th. Reik, 30 Juliana van Stolberglaan, Haag;
Dr. A. Watermann, 70 van der Aastraat, Haag.

Adressenänderungen:

Dr. C. van der Heide, 91 Apollolaan, Amsterdam, Z;
Dr. P. A. I. J. Nuysink, 41 Nassau Dillenburgstraat, Haag.

A. Endtz
Sekretär

Société Psychoanalytic de Paris

IV. Quartal 1935

15. Oktober. Vorsitz: Dr. E. Pichon.

Frau Dr. Madeleine Violet, 19 rue Monsieur, Paris VII, wird zum außerordentlichen Mitglied gewählt.

M. l'abbé Paul Jury: „Descartes psychanalyste avant la lettre." Der Vortrag stellte unter anderem fest, daß Descartes die Tatsache formuliert hat, daß ein

Symptom die Erinnerung an ein Kindheitserlebnis, welches mit einer starken Erregung verbunden war, ersetzen kann.

Diskussion: MM. Pichon, Laforgue, Loewenstein, Schiff, Leuba, Mme. Morgenstern und l'abbé Jury.

19. November. Vorsitz: Mme. Marie Bonaparte.

Über Vorschlag der Mme. Marie Bonaparte wird beschlossen, einen Fonds zu schaffen, um würdigen, aber vermögenslosen Kandidaten die Lehranalyse zu erleichtern. Die dem Kandidaten zur Verfügung gestellte Summe wird ein Darlehen mit Stipendiumcharakter sein und wird nach der Rückzahlung dem Fonds wieder einverleibt. Dieser Fonds wird aus einer Stiftung von Mme. Marie Bonaparte errichtet; dazu kommen die Beiträge der Mitglieder, die in ihrer Gesamtheit den großherzigen Vorschlag von Mme. Marie Bonaparte durch Einzahlung von je hundert Francs unterstützten.

Dr. J. Leuba: „Etude critique de l'intersexualité psychique, suivie de réflexions subversives sur les instincts." Diskussion: Mme. Marie Bonaparte, MM. Odier, Loewenstein, Parcheminey, Cénac, Mme. Codet, MM. Borel, Frois-Wittmann, Spitz, Mme. Morgenstern, MM. Laforgue und Leuba.

19. Dezember. Vorsitz: Mme. Marie Bonaparte.

Dr. Cénac wirft neuerlich die Frage der Organisation der Gratisanalysen auf. Diese Frage wird im Januar wieder aufgenommen werden; es sollen dann auch die Bedingungen für die Zuteilung der Fälle auf Basis der Beratungen des Psychoanalytischen Lehrinstitutes festgesetzt werden. Ein Mitglied wird die auf diese Kranken bezüglichen Beobachtungen zum Zwecke eines jährlichen Berichtes zentralisieren.

Dr. Ch. Odier: „Document catamnestique sur un cas d'impuissance." Diskussion: Mme. Marie Bonaparte, MM. Cénac, Schiff, Leuba, Odier.

Dr. J. Leuba
Sekretär

Wiener Psychoanalytische Vereinigung

IV. Quartal 1935

(Oktober—Dezember)

2. Oktober. Dr. Otto Fenichel (Prag, als Gast): Die symbolische Gleichung Phallus = Mädchen. Diskussion: Federn, R. Wälder, Anna Freud, E. Kris, Schikola (als Gast), E. Bibring, B. Bornstein.

16. Oktober. Generalversammlung: 1. Bericht des Vorstandes (Federn). — 2. Kassenbericht (E. Bibring). Diskussion: Federn, H. Lampl. Bericht der Kassenrevisoren (Steiner, Winterstein). — 3. Bibliotheksbericht (R. Sterba). — 4. Ambulatoriumsbericht (Hitschmann). Diskussion: H. Lampl, Isakower. Bericht der Psychosenambulanz (E. Bibring). — 5. Bericht des Lehrausschusses (Anna Freud). — 6. Bericht der Erziehungsberatungsstelle (Aichhorn). — 7. Verlagsbericht (M. Freud). — 8. Absolutorium. — 9. Neuwahlen: Der Vorstand wird in gleicher Zusammensetzung wie im Vorjahre wiedergewählt, ebenso der Lehrausschuß und der Leiter der Erziehungsberatungsstelle. Vorstand: Obmann: Prof. Dr. Sigmund Freud; Obmann-Stellvertreter: Dr. Paul Federn, Anna Freud; Schrift-

führer: Dr. Robert Wälder, Dr. Heinz Hartmann; Kassier: Dr. Edward Bibring; Bibliothekar: Dr. Richard Sterba. Lehrausschuß: Vorsitzende: Dr. Helene Deutsch; Leiter-Stellvertreter: Anna Freud; Schriftführer: Doktor Edward Bibring; Mitglieder: August Aichhorn, Dr. Grete Bibring, Dr. Paul Federn, Dr. Eduard Hitschmann. Leiter der Erziehungsberatungsstelle: August Aichhorn. In der Ambulatoriumsleitung tritt eine Änderung insofern ein, als der langjährige Kassier, Dr. Edmund Bergler, ersucht, von seiner Funktion entbunden zu werden. An seiner Stelle wird Dr. Hans Lampl zum Kassier des Ambulatoriums gewählt. Herrn Dr. Bergler wird für seine langjährige ersprießliche Tätigkeit der Dank ausgesprochen. Die übrigen Funktionäre des Ambulatoriums werden wiedergewählt. (Leiter: Dr. Eduard Hitschmann; Leiter-Stellvertreter: Dr. Otto Isakower.) — 10. Festsetzung des Mitgliedsbeitrages für das Jahr 1936. Der Mitgliedsbeitrag wird vorläufig in gleicher Höhe wie im Vorjahre festgesetzt, doch wird der Vorstand ermächtigt, im Falle es erforderlich sein sollte, eine Erhöhung um S 25.— (auf S 150.—) im eigenen Wirkungskreise vorzunehmen. — 11. Allfälliges: Dr. Robert Wälder teilt mit, daß er im Zuge des Vortragsaustausches London—Wien von der British Psycho-Analytical Society zu einem Vortrag eingeladen wurde, der im November stattfinden soll und dessen Hauptgegenstand die wissenschaftlichen Divergenzen zwischen britischen und Wiener Analytikern zu bilden hätten; er skizziert daraufhin den Plan seines Vortrages. Diskussion: Anna Freud, J. Lampl-de Groot, Hartmann, Federn, B. Bornstein, E. Bibring, Eidelberg.

30. Oktober. Dr. Richard Sterba: Zur Theorie der Übertragung. Eine kritische Betrachtung. Diskussion: Eidelberg, Bergler, Federn, Anna Freud, Hartmann, G. Bibring, R. Wälder, E. Kris.

13. November. Dr. Annie Reich (Prag): Klinischer Beitrag zum Verständnis der paranoiden Persönlichkeit. Diskussion: Hartmann, E. Bibring, Stengel, J. Lampl-de Groot, G. Bibring.

27. November. Dr. Jeanne Lampl-de Groot: Hemmung und Narzißmus. Diskussion: Hartmann, Anna Freud, Mack Brunswick, Sperling, Federn, E. Kris.

11. Dezember. Dr. Erwin Stengel: Über primitive Identifizierungen bei Hirnkranken. Diskussion: Hartmann, Isakower, Federn, Anna Freud, Morgenstern (als Gast). — Dr. Robert Wälder: Bericht über die Diskussionen im Anschluß an den Vortrag in der British Psycho-Analytical Society am 21. November. Diskussion: Anna Freud, J. Wälder, Federn.

Geschäftliches: In den Lehrausschuß wurden kooptiert: Dr. Heinz Hartmann, Dr. Robert Wälder. In den erweiterten Lehrausschuß wurden kooptiert: Dr. Ruth Mack Brunswick, Dr. Wilhelm Hoffer, Dr. Otto Isakower, Dr. Jeanne Lampl-de Groot, Dr. Richard Sterba.

Dr. Robert Wälder
Schriftführer

IV. Mitgliederverzeichnis der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung

The American Psychoanalytic Association

A Federation of the American Psychoanalytic Societies

Officers:

Dr. A. A. Brill *(Permanent President).*
Dr. William A. White *(Vice-President).*
Dr. Ernest E. Hadley *(Secretary-Treasurer).*

Executive Council:

Dr. N. Lionel Blitzsten.
Dr. Isador Coriat.
Dr. Bernard Glueck.
Dr. Ernest E. Hadley.

Honorary Members:

Prof. Dr. Sigmund Freud.
Dr. Ernest Jones.

Member Societies:

The Boston Psychoanalytic Society.
The Chicago Psychoanalytic Society.
The New York Psychoanalytic Society.
The Washington-Baltimore Psychoanalytic Society.

The Boston Psychoanalytic Society

Charter Members:

Barret, Dr. William, 37 Marlborough Street, Boston, Massachusetts.
Coriat, Dr. Isador H., 416 Marlborough Street, Boston, Massachusetts.
Dalrymple, Dr. Leola A., Butler Hospital, Providence, Rhode Island.
Finesinger, Dr. Jakob, 50 Jamaicaway, Boston, Massachusetts.
Healy, Dr. William, 38½ Beacon Street, Boston, Massachusetts.
Hendrick, Dr. Ives, 250 Commonwealth Avenue, Boston, Massachusetts.
Herman, Dr. William J., 24 Marlborough Street, Boston, Massachusetts.
Homburger, Erik, 37 Marlborough Street, Boston, Massachusetts.
Kaufman, Dr. Ralph, Riverbank Court Hotel, Cambridge, Massachusetts.
Murray, Dr. Henry A. Jr., 64 Plympton Street, Cambridge, Massachusetts.
Murray, Dr. John A., 370 Commonwealth Avenue, Boston, Massachusetts *(Secretary-Treasurer).*
Peck, Dr. Martin W., 37 Marlborough Street, Boston, Massachusetts *(President).*
Putnam, Dr. Irmarita, 11 Powell Street, Brookline, Massachusetts.
Sachs, Dr. Hanns, 168 Marlborough Street, Boston, Massachusetts.

Chicago Psychoanalytic Society

Active Members:

Alexander, Dr. Franz, 43 East Ohio Street, Chicago, Ill.
Bacon, Dr. Catherine, 43 East Ohio Street, Chicago, Ill.
Blitzsten, Dr. N. Lionel, 257 East Delaware Place, Chicago, Ill.
Deutsch, Dr. Hans, 55 East Washington Street, Chicago, Ill.
Eisler, Dr. Edwin R., 1150 North State Street, Chicago, Ill.
Finlayson, Dr. Alan D., 10515 Carnegie Avenue, Cleveland, Ohio.
French, Dr. Thomas M., 43 East Ohio Street, Chicago, Ill. *(Vice-President).*
Gerard, Dr. Margaret, 5729 Harper Avenue, Chicago, Ill.
Hamill, Dr. Ralph, 8 South Michigan Avenue, Chicago, Ill.
Lippman, Dr. Hyman S., 279 Rice Street, St. Paul, Minnesota.
McLean, Dr. Helen Vincent, 43 East Ohio Street, Chicago, Ill. *(Secretary-Treasurer).*
Menninger, Dr. Karl A., The Menninger Clinic, Topeka, Kansas *(President).*
Mohr, Dr. George J., 104 South Michigan Avenue, Chicago, Ill.

Associate Members:

Brunswick, Dr. David, 1401 South Hope Street, Los Angeles, Calif.
Tower, Dr. Lucia E., 30 North Michigan Avenue, Chicago, Ill.
Wilson, Dr. George W., 43 East Ohio Street, Chicago, Ill.

Non-therapeutic Members:

Chamberlain, Dr. Herbert E., Bobbs Roberts Memorial Hospital, 920 East 59th Street, Chicago, Ill.
Lasswell, Professor Harold D., Faculty Exchange, Department of Political Science, University of Chicago, Chicago, Ill.

The New York Psychoanalytic Society

Active Members:

Ames, Dr. Thaddeus H., 55 Park Avenue, New York, New York.
Amsden, Dr. George S., 115 East 67th Street, New York, New York.
Atkin, Dr. Samuel, 324 West 86th Street, New York, New York.
Biddle, Dr. Sidney G., 1928 Panama Street, Philadelphia, Pennsylvania.
Binger, Dr. Carl, 40 East 72nd Street, New York, New York.
Blanton, Dr. Smiley, 115 East 61st Street, New York, New York.
Blumgart, Dr. Leonard, 152 West 57th Street, New York, New York.
Bonnett, Dr. Sara A., 1055 Park Avenue, New York, New York.
Brill, Dr. A. A., 88 Central Park West, New York, New York *(President).*
Broadwin, Dr. Isra T., 116 West 59th Street, New York, New York.
Bunker, Dr. Henry A., Jr., 1021 Park Avenue, New York, New York.
Daniels, Dr. George E., 129 East 69th Street, New York, New York *(Secretary).*
Dunbar, Dr. H. Flanders, 730 Park Avenue, New York, New York.
Eidson, Dr. Joseph P., 70 East 77th Street, New York, New York.

Farnell, Dr. F. J., 577 Angell Street, Providence, Rhode Island.
Feigenbaum, Dr. Dorian, 60 Gramercy Park, New York, New York.
Fliess, Dr. Robert, 57 West 57th Street, New York, New York.
Frink, Dr. H. W., Hillsdale, New York.
Ginsburg, Dr. May E., 320 West 86th Street, New York, New York.
Glueck, Dr. Bernard, 130 East 39th Street, New York, New York.
Gosselin, Dr. Raymond, 30 West 54th Street, New York, New York.
Haigh, Dr. Susanna S., 30 East 40th Street, New York, New York.
Hendrick, Dr. Ives, 250 Commonwealth Avenue, Boston, Massachusetts.
Hinsie, Dr. Leland E., 722 West 168th Street, New York, New York.
Horney, Dr. Karen, 160 Central Park South, New York, New York.
Hutchings, Dr. R. H., Utica State Hospital, Utica, New York.
Jelliffe, Dr. Smith Ely, 64 West 56th Street, New York, New York.
Kardiner, Dr. Abraham, 646 Park Avenue, New York, New York.
Kaufman, Dr. Ralph, Riverbank Court Hotel, Cambridge, Massachusetts.
Kelman, Dr. Sarah, 176 West 87th Street, New York, New York.
Kenworthy, Dr. Marion E., 1035 Fifth Avenue, New York, New York.
Klein, Dr. Sidney, 146 West 79th Street, New York, New York.
Kubie, Dr. Lawrence S., 34 East 75th Street, New York, New York.
Lehrman, Dr. Philip R., 25 Central Park West, New York, New York.
Levin, Dr. Hyman, 1450 Delaware Avenue, Buffalo, New York.
Lewin, Dr. Bertram D., 25 Fifth Avenue, New York, New York *(Vice-President)*.
Levy, Dr. David M., 145 East 57th Street, New York, New York.
Liss, Dr. Edward, 130 East 39th Street, New York, New York.
Lorand, Dr. Sandor, 115 East 86th Street, New York, New York.
Mack Brunswick, Dr. Ruth, Hasenauerstraße 19, Vienna XVIII, Austria.
Malcove, Dr. Lillian, 245 East 72nd Street, New York, New York.
Mayer, Dr. Max D., 1150 Fifth Avenue, New York, New York.
Meyer, Dr. Monroe A., 57 West 57th Street, New York, New York *(Treasurer)*.
McCord, Dr. Clinton P., 20 Willett Street, Albany, New York.
Oberndorf, Dr. C. P., 112 West 59th Street, New York, New York.
Orgel, Dr. Samuel Z., 667 Madison Avenue, New York, New York.
Parker, Dr. Z. Rita, 115 East 61st Street, New York, New York.
Powers, Dr. Lillian D., 128 West 59th Street, New York, New York.
Rado, Dr. Sandor, 324 West 86th Street, New York, New York.
Ribble, Dr. Margaret A., 253 West 72nd Street, New York, New York.
Rothschild, Dr. Leonard J., 745 Fifth Avenue, New York, New York.
Sands, Dr. Irving J., 202 New York Avenue, Brooklyn, New York.
Schilder, Dr. Paul, 160 East 48th Street, New York, New York.
Shoenfeld, Dr. Dudley D., 116 West 59th Street, New York, New York.
Slight, Dr. David, 1374 Sherbrooke Street, Montreal, P. Q. Canada.
Slutsky, Dr. Albert, 116 West 59th Street, New York, New York.
Smeltz, Dr. George, 121 University Place, Pittsburg, Pennsylvania.
Smith, Dr. Joseph, 780 St. Marks Place, Brooklyn, New York.
Solley, Dr. John B., 108 East 66th Street, New York, New York.
Stern, Dr. Adolph, 57 West 57th Street, New York, New York.

Wall, Dr. James H., Post Office Box 175, White Plains, New York.
Weinstock, Dr. Harry I., 745 Fifth Avenue, New York, New York.
Williams, Dr. Frankwood E., 44 West 12th Street, New York, New York.
Wittels, Dr. Fritz, 91 Central Park West, New York, New York.
Wolfe, Dr. Theodore P., 730 Park Avenue, New York, New York.
Zilboorg, Dr. Gregory, 14 East 75th Street, New York, New York.

Associate Member:

Powers, Mrs. Margaret J., 853 Seventh Avenue, New York, New York.

Washington-Baltimore Psychoanalytic Society

Honorary Members:

Brill, Dr. A. A., 88 Central Park West, New York, New York.
White, Dr. William A., St. Elizabeth Hospital, Washington, D. C.

Active Members:

Chapman, Dr. Ross Mc Clure, Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland.
Chassell, Dr. Joseph O., Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland.
Colomb, Dr. Anna D. C., Rural Station 1, Sykesville, Maryland.
Dooley, Dr. Lucile, 2440 16th Street, N. W., Washington, D. C. *(President).*
Graven, Dr. Philip, 2007 Massachusetts Avenue, N. W., Washington, D. C. *(Vice-President).*
Hadley, Ernest E., 1835 Eye Street, N. W. Washington, D. C.
Hill, Dr. Lewis B., 700 Cathedral Street, Baltimore, Maryland.
Johnson, Dr. Loren B. T., 1900 24th Street, N. W., Washington, D. C.
Kempf, Dr. E. J., Wading River, Long Island, New York.
Lewis, Dr. Nolan D. C., St. Elizabeths Hospital, Washington, D. C.
Meyer, Dr. Adolf, Phipps Clinic, Baltimore, Maryland.
Reede, Dr. Edward Hiram, Medical Science Building, Washington, D. C.
Robbins, Dr. Bernard, 929 Brooks Lane, Baltimore, Maryland *(Secretary).*
Silverberg, Dr. William V., 46 West 95th Street, New York City.
Stragnell, Dr. Gregory, 86 Orange Street, Bloomfield, New Yersey.
Sullivan, Dr. Harry Stack, 60 East 42nd Street, New York City.
Taneyhill, Dr. G. Lane, 1316 Eutaw Place, Baltimore, Maryland.
Thompson, Dr. Clara M., 151 East 83rd Street, New York City.

British Psycho-Analytical Society

Honorary Members:

Brill, Dr. A. A., 88 Central Park West, New York City.
Eitingon, Dr. Max, Talbye, Jerusalem.

a) Members:

Brierley, Dr. Marjorie, 11 Nottingham Place, London, W. 1.
Bryan, Dr. Douglas, 35 Queen Anne Street, London, W. 1 *(Treasurer).*
Burt, Cyril, 4 Eton Road, London, N. W. 3.
Cohn, Dr. Franz, 45 Belsize Park, London, N. W. 3.
Eder, Dr. M. D., 3 Devonshire Place, London, W. 1.
Flugel, Prof. J. C. (Ph. D.), 11 Albert Road, Regent's Park, London, N. W. 1.
Forsyth, Dr. D., 67a Harley Street, London, W. 1.
Franklin, Dr. Marjorie E., 3 Bulstrode Street, London, W. 1.
Glover, Dr. Edward, 18 Wimpole Street, London, W. 1 *(Director of Scientific Research).*
Grant Duff, Miss I. A., 40 Upper Gloucester Place, London, N. W. 1.
Herford, Dr. M. B., 19 Redlands Road, Reading.
Isaacs, Mrs. Susan (D. Sc.), 16c Primrose Hill Road, London, N. W. 3.
Jones, Dr. Ernest, 81 Harley Street, London, W. 1 *(President).*
Klein, Mrs. Melanie, 42 Clifton Hill, St. John's Wood, London, N. W. 8.
Low, Miss Barbara, 3 Bulstrode Street, London, W.
Mitchell, Dr. T. W., Hadlow, Kent.
Payne, Dr. Sylvia, 143 Harley Street, London, W. 1 *(Secretary).*
Rickman, Dr. John, 11 Kent Terrace, London, N. W. 1.
Riggall, Dr. R. M., 40 Upper George Street, London, W. 1.
Riviere, Mrs. Joan, 3 Stanhope Terrace, Lancaster Gate, London, W. 2.
Schmideberg, Dr. Melitta, 75 Upper Gloucester Place, London, N. W. 1.
Searl, Miss M. N., 9 Kent Terrace, Regent's Park, London, N. W. 1.
Sharpe, Miss E., 9 Kent Terrace, Regent's Park, London, N. W. 1.
Sheehan-Dare, Miss, 3 Bulstrode Street, London, W. 1.
Stephen, Dr. Adrian, 50 Gordon Square, London, W. C. 1.
Stephen, Dr. Karin, 50 Gordon Square, London, W. C. 1.
Stoddart, Dr. W. H. B., Harcourt House, Cavendish Square, London, W. 1.
Strachey, James, 41 Gordon Square, London, W. C. 1.
Strachey, Mrs. James, 41 Gordon Square, London, W. C. 1.
Tansley, Mr. A. G., Grantchester, Cambridge.
Torrance Thomson, Dr. H., 13 Lansdowne Crescent, Edinburgh.
Vaughan, Dr. E. Sawyer, 131 Harley Street, London, W. 1.
Wilson, Dr. A. C., 5 Devonshire Place, London, W. 1.
Wright, Dr. Maurice, 86 Brook Street, London, W. 1.
Yates, Dr. Sybille, 28 Weymouth Street, London, W. 1.

b) Associate Members:

Baines, Miss Cecil M., 38 Glenloch Road, London, N. W. 3.
Barkas, Dr. Mary, Tapu, Thames, New-Zealand.
Brend, Dr. W. H., 14 Bolingbroke Grove, Wandsworth Common, London, S. W.
Carroll, Dr. Denis, 22 Queen Anne Street, London, W. 1.
Chadwick, Miss Mary, 48 Tavistok Square, London, W. C. 1.
Culpin, Dr. M., 55 Queen Anne Street, London, W. 1.

Eddison, Dr. W., Wonford House, Exeter.
Fairbairn, Dr. William R. D., 18 Lansdowne Crescent, Edinburgh, N. B.
Fuchs, Dr. Heinz, 482 Finchley Road, London, N. W.
Hart, Dr. Bernard, Harcourt House, Cavendish Square, London, W. 1.
Heimann, Dr. Paula, 37 Charlbert Street, Charlbert Ct., London, N. W. 8.
Herbert, Dr. S., 448 Barlow Moor Road, Chorlton-Cum-Hardy, Manchester.
Inman, Dr. W., 22 Clarendon Road, Southsea, Hants.
Kapp, Mr. R. O., 25 Randolph Crescent, London, W. 9.
Lewis, Dr. J. Strafford, Banstead Mental Hospital, Sutton, Surrey.
Lewis, Miss M. G., 16 Gordon Street, London, W. C. 1.
Maas, Dr. H., 86 Greencroft Gardens, London, N. W. 6.
Matthew, Dr. D., 59 Holland Park, London, W. 11.
Misch, Dr. K., 52 Bloomsbury Street, Bedford Square, London, W. C. 1.
Middlemore, Dr. Merrell, 12 Kent Terrace, Regent's Park, London, N. W. 1.
Money-Kyrle, Mr. R., Whitham, Calne, Wilts.
Pailthorpe, Dr. G. W., c/o. Miss Cullis Bedford College, London, N. W. 1.
Penrose, Dr. L. S., 35 Lexden Road, Colchester.
Schmideberg, Mr. Walter, 75 Upper Gloucester Place, London, N. W. 1.
Scott, Dr. W. Clifford M., Maudsley Hospital Denmark Hill, London.
Thomas, Dr. Rees, 34 Chartfield Avenue, Putney Hill, London, S. W. 15.
Winton, Dr. F. R., 1 Drosier Road, Cambridge.
Winnicott, Dr. Thomas W., 44 Queen Anne Street, London, W. 1.

Dansk-Norsk Psykoanalytisk Forening

Braatøy, Dr. Trygve, Vinderen b. Oslo, Psykiatrisk Klinik.
Christensen, Fr. Dr., Oslo, Huitfeldgate 7.
Fenichel, Dr. Otto, Prag II, Ječná 18 *(Sekretär)*.
Gerö, Dr. Georg, Kopenhagen, Mathilde Fiebigersvej 15/II.
Hoel, Dr. Nic, Oslo, Kronprinsgate 19.
Kramer, Frau Dr. F., Riga (Lettland), Peko Brieza iela 7/33.
Landmark, Dr. Johan, Bardu, Nordland, Norw.
Raknes, Dr. Ola, Oslo, Gimlevejen 17.
Schjelderup, Prof. Dr. phil. Harald, Oslo, Kronprinsgate 19 *(Vorsitzender)*.
Schjelderup, Dr. theol. Kristian, Bergen, Chr. Michelsens Institut for Videnskap og Andsfriter.

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft

1. In Deutschland wohnende Mitglieder:

1. In Deutschland wohnende Mitglieder:

a) Ordentliche Mitglieder:

Benedek, Dr. med. Therese, Berlin W. 62, Courbièrestraße 17, II.
Boehm, Dr. med. Felix, Berlin N. W. 87, Lessingstraße 1 *(Vorsitzender, Leiter des Ambulatoriums)*.

Goebel, Frau Gertrud, Berlin N. W. 87, Königin-Augusta-Allee 96.
Graber, Dr. phil. G. Hans, Stuttgart 13, Stälinweg 29.
Haas, Dr. med. Erich, Köln, Bismarckstraße 11.
Jacobsohn, Dr. med. Edith, Berlin-Wilmersdorf, Zähringerstraße 3 a.
Kemper, Dr. med. Werner, Berlin-Schmargendorf, Schlangenbaderstraße 95.
Kempner, Dr. med. Salomea, Berlin-Wilmersdorf, Güntzelstraße 13.
Kluge, Dr. jur. Walter, Berlin-Halensee, Albrecht-Achillesstraße 2 a.
Kraft, Dr. med. Erich, Berlin N. 65, Reinickendorferstraße 1.
Liebeck-Kirschner, Dr. med. Lotte, Berlin W. 9, Tirpitzufer 14.
Mette, Dr. med. Alexander, Berlin-Steglitz, Schloßstraße 54.
Müller-Braunschweig, Ada, Berlin-Schmargendorf, Sulzaerstraße 3.
Müller-Braunschweig, Dr. phil. Carl, Berlin-Schmargendorf, Sulzaerstr. 3 *(Stellvertretender Vorsitzender, Schriftführer, Kassenwart, Leiter der Lehranstalt.)*
Schottländer, Dr. phil. Felix, Stuttgart-Degerloch, Löwenstraße 123.
Schultz-Hencke, Dr. med. Harald, Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 26.
Simonson, Dr. med. Emil, Berlin-Halensee, Joachim-Friedrich-Straße 32.
Stegmann, Dr. med. Margarete, Dresden A., Sidonienstraße 18.
Weigert-Vowinckel, Dr. med. Edith, Ankara (Türkei), Belvü-Palas-Oteli *(Vorstandsmitglied)*.

b) Außerordentliche Mitglieder:

Baumeyer, Dr. med. Franz, Dresden, Bismarckplatz 14.
Hänel-Guttmann, Dr. med. Irene, Berlin-Westend, Nußbaumallee 40.
Herold, Dr. med. Karl Maria, Berlin W. 62, Landgrafenstraße 2.
Kalau vom Hofe, Dr. med. Marie, Berlin-Wilmersdorf, Jenaerstraße 7.
Kamm, Dr. med. Bernd, Berlin-Steglitz, Björnsonstraße 26.
March, Dr. med. Hans, Berlin W. 30, Bayreutherstraße 12.
Roellenbleck, Dr. phil. Ewald, Berlin W. 15, Sächsische Straße 72.
Witt, Dr. med. Gerhard, Berlin-Charlottenburg, Fredericiastraße 4 a.

2. Auswärtige Mitglieder:

a) Ordentliche Mitglieder:

Fromm, Dr. med. Erich, Intern. Instit. of Social Research, 429 West 117th Street, New York, New York.
Gross, Dr. med. Alfred, Milano, Largo Richini 12.
Horney, Dr. med. Karen, 160 Central Park South, New York, New York.
Hoffmann, Dr. phil. Jacob, c/o. Prof. A. Marx, 100 Morningside Drive, New York City.
Lantos-Schneider, Dr. med. Barbara, 65 Greencroft Gardens, London, N. W. 6.
Lowtzky, Dr. phil. F., Paris XVI, Sq. Henry-Pathé 13.
Simmel, Dr. med. Ernst, 961 South Manhattan Place, Los Angeles, California.
Spitz, Dr. med. A. R., Paris XVI, 18 bis rue Henri Heine.
Staub, Dr. jur. Hugo, Rechtsanwalt, 10 Hay Hill Mayfair, London, W. 1.

b) Außerordentliches Mitglied:

Garma, Dr. med. Angel, Madrid, Cisne 10.

Finnisch-Schwedische Psychoanalytische Vereinigung

Ordentliche Mitglieder:

Kulovesi, Dr. Yrjö, Tampere (Finnland).
Sandström, Dr. Tora, Stockholm, Jungfrugatan 56.
Tamm, Dr. Alfhild, Stockholm, Narvavägen 21 *(Vorsitzende)*.

Außerordentliche Mitglieder:

Ekman, Tore, Lektor, Stockholm, Norrtullsgatan 27 b.
Nielsen, Dr. Nils, Stockholm, Nybrogatan 7.
Törngren, Dr. Pehr Henrik, Stockholm, Ulrikagatan 5.

Indian Psycho-Analytical Society

Members:

Amrith, Mr. M. V. (B. A.), 1 Lasa Major Road, Egmore, Madras.
Banerji, Mr. M. N. (M. Sc. B. L.), 30 Tarak Chatterji Lane, Calcutta *(Secretary)*.
Barreto, Capt. A. G. (I. M. S.), Raia, Salsette, Goa, Portugese India.
Bhattacharya, Prof. Haridas, Dacca University, Dacca.
Bora, Mr. G. (B. A.), 2/3, Chittaranjan Avenue (South), Calcutta.
Bose, Dr. G., 14 Parsibagan Lane, Calcutta *(President)*.
Daly, Lt. Col. C. D., Assistant Director of Supply and Transport, Head Quarters Presidency o. Assam District, Calcutta.
Gheba, Prof. Uttam Singh, Calcutta.
Ghose, Dr. B. C., 3 Creek Row, Calcutta.
Halder, Prof. Rangin Chandra, B. N. College, Patna.
Hill, Lt. Col., Owen Berkeley (M. D.), European Mental Hospital, Kanke P. O. Ranchi, B. N. R.
Maiti, Mr. H. P. (M. A.), 1 Kerbala Tank Lane, Calcutta *(Member of the Council)*.
Mitra, Dr. Suhrit Ch., 6/2 Kirti Mitra Lane, Calcutta *(Librarian and Member of the Council)*.
Pal, Mr. Copeswar (M. Sc.), 61 Hindustan Park, Calcutta.
Ram, Mr. Pars (M. A.), Forman Christian College, Lahore.
Sarkar, Prof. Jiban Krishna, G. B. B. College, Muzaffarpur, Bihar.
Shrimali, Mr., Calcutta.

Associate Members:

Bose, Mr. Sital Chandra (B. Sc.), 32/B Kanklia Road, Ballygunge, Calcutta.
Bose, Mr. Sudhir Kumar (M. A., M. Sc.), 38/2 B Badurbagan Street, Calcutta.
Chatterji, Mr. A. C., B. N. Rly., Waltair, Calcutta.

Chatterji, Dr. B. B., 82 South Road, Entally, Calcutta.
Choudhuri, Mr. Saroj Kumar, 3 A Jaliatola Street, Calcutta.
Ganguli, Mr. Dwijendra lal (M. Sc.), P. 126 Lake Road, Calcutta.
Ganguli, Mr. Mohon lal (M. Sc., B. L.), 8/B Dover Lane, Calcutta.
Ghosh, Dr. Bhupati Mohan, 15 Pipradas Street, Calcutta.
Gubbay, Mr. E. A., Calcutta.
Jalota, Shyam Swaroop, M. A., 315 Shepherd Road, Moghalpura, Lahore.
Laha, Mr. Surrendrachandra, M. B., Calcutta.
Mukhdum, Prof. M. N., Calcutta.
Rahaman, Mr. Atiur, 41—42 Canning Street, Calcutta.
Samanta, Mr. Manindra Nath (M. Sc.), 8 c Ramanath Mazumdar Street, Calcutta.
Sarkar, Dr. Sarasi lal, 177 Upper Circular Road, Calcutta.
Sinha, Mr. Suhrit Chandra (M. Sc.), 15/1/1 Ramkanta Bose Street, Calcutta.
Sinha, Mr. Tarun Chandra, P. O., Sushang, Dt. Maimensingh, Bengal.

Chewra Psychoanalytith b'Erez-Israel

Ehrenmitglieder:

Eder, Dr. M. D., London.
Freud, Anna, Wien.

Ordentliche Mitglieder:

Bluhm, Dr. med. Kilian, Jerusalem-Rechawia B., Abarbanel Str.
Eitingon, Dr. med. Max, Talbye, Jerusalem *(Präsident)*.
Pappenheim, Prof. Dr. med. Martin, Tel-Aviv, Achad Haam Street 49.
Peller-Roubiczek, Lili, Jerusalem, Alfassi Str., Rechawia.
Schalit, Dr. med. Ilja, Haifa, Hadar Hacarmel, Jerusalem Street 16 *(Sekretär)*.
Smeliansky, Dr. med. Anna, Tel-Aviv, Balfour Street 57.
Wulff, Dr. med. M., Tel-Aviv, Boulevard Rothschild 38.

Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület

a) Ordentliche Mitglieder:

Almásy Endre, Dr. med., Budapest I, Mészáros-ucca 12.
Bálint Alice, Budapest I, Mészáros-ucca 12.
Bálint Mihály, Dr. med. et phil., Budapest I, Mészáros-ucca 12 *(Stellvertretender Leiter der Poliklinik)*.
Dubovitz Margit, Dr. med., Budapest VIII, Üllöi-ut 40.
Dukes Géza, Dr. jur., Budapest V, Zoltán-ucca 6.
Eisler Mihály József, Dr. med., Budapest V, Nádor-ucca 5 *(Bibliothekar)*.
Hann-Kende, Fanny, Dr. med., Budapest V, Zrinyi-ucca 14.
Hajdu-Gimes Lilly, Dr. med., Budapest IV, Váci-ucca 84.
Hermann Imre, Dr. med., Budapest II, Fillér-ucca 25 *(Sekretär, Vorsitzender der Lehrkommission)*.

Hollós István, Dr. med., Budapest V, Klotild-ucca 4 *(Präsident, Leiter der Poliklinik).*
Kovács Vilma, Budapest I, Orvos-ucca 10.
Lázár-Gerö Klára, Dr. med., Budapest VI, Vilma királynö-ut 50.
Lévy Kata, Budapest V, Szalay-ucca 3.
Lévy Lajos, Dr. med., Budapest V, Szalay-ucca 3.
Pfeifer Zsigmond, Dr. med., Budapest I, Attila-ucca 69 *(Kassier).*
Révész László, Dr. med., Budapest VIII, Vas-ucca 15 a.
Róheim Géza, Dr. phil., Budapest VI, Hermina-ut 35a.
Rotter-Kertész Lillian, Dr. med., Budapest VIII, Sándor-ucca 46.
Szabó Sándor, Dr. med., Zürich, Voltastraße 24.
Szilágyi Géza, Dr. jur., Budapest VIII, Damjanich-ucca 28a.
Szüts Gyula, Dr. med., Budapest VI, Andrássy-ut 38.

b) Außerordentliche Mitglieder:

Gyömröi-Glück, Edith, Budapest II, Trombitás-ucca 20.
Kircz-Takács Mária, Dr. phil., Budapest I, Margit-körut 95.

Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse

Ordentliche Mitglieder:

Bouman, Prof. Dr. med. K. H., Amsterdam Z., Jan Luykenstraat 24 *(Bibliothekar).*
Emden, Dr. med. J. E. G. van, Haag, Sweelinckplein 49.
Endtz, A., Haag (Loosduinen), „Ramaerkliniek" *(Sekretär).*
Flohil, M., Loosduinen, Haagweg 357.
Hoop, Doz. Dr. med. J. H. van der, Amsterdam Z., Jan van Eyckstraat 41.
Jelgersma, Prof. Dr. med. G., Oegstgeest, Nassaulaan 32 *(Ehrenpräsident).*
Jelgersma, Dr. med. H. C., Oegstgeest, „Endegeest".
Linde, B. D. J. van de, Hilversum, Boomberglaan 4.
Monchy, Dr. med. S. J. R. de, Rotterdam, Schiedamsche Singel 235 *(Präsident).*
Muller, Dr. med. F., Haarlem, Julianastraat 8.
Muller, Doz. Dr. med. F. P., Leiden, Rijnsburgerweg 102 *(Kassier).*
Rümke, Prof. Dr. med. H. C., Utrecht, Mariahoek 5.
Schelven, Prof. Dr. med. Th. van, Haag, Jan van Nassaustraat 35.
Stärcke, A., Den Dolder, „Willem Arntszhoeve".
Tas, J., Amsterdam Z., Paulus Potterstraat 14.
Versteeg, P. H., Haag, Javastraat 3.
Versteeg-Selleveld, Fraa C. M., Haag, Javastraat 3.
Waals, Dr. med. H. G. van der, Amsterdam Z., Bernard Zweerskade 24.
Westerman-Holstijn, Dr. med. A. J., Amsterdam Z., Albrecht Dürerstraat 10.
Weyl, Dr. med. S., Rotterdam, 's Gravendijkwal 98.

Außerordentliche Mitglieder:

Busscher, Dr. Jaques de, 14 rue Guinard, Gent.
Heide, Dr. med. C. van der, Amsterdam Z., Apollolaan 91.
Landauer, Dr. med. Karl, Amsterdam Z., Breughelstraat 10.
Levy-Suhl, Dr. med. M., Amersfoort, Mauritslaan 7.
Nuysink, Dr. P. A. I. J., Haag, Nassau Dillenburgstraat 41.
Reik, Dr. phil. Theodor, Haag, Juliana van Stolberglaan 30.
Tibout, Frl. P. H. C., Amsterdam C., Prinsengracht 717.
Waterman, Dr. med. A., Haag, Van der Aastraat 70.

Vereeniging van Psychoanalytici in Nederland

Ordentliche Mitglieder:

Blok, Dr. med. A. M., Haag, Wassenaarsche weg 39 *(Sekretär)*.
Emden, Dr. med. J. E. G. van, Haag, Sweelinckplein 49 *(Präsident)*.
Katan, M., Haag, Prinsevinkenpark 5.
Landauer, Dr. med. Karl, Amsterdam Z., Breughelstraat 10.
Ophuijsen, Dr. med. J. H. W., 687 Lexington Avenue, New York City.
Reik, Dr. phil. Theodor, Haag, Juliana van Stolberglaan 30.
Stärcke, A., Den Dolder, „Willem Arntszhoeve".
Versteeg, P. H., Haag, Javastraat 3.
Versteeg-Selleveld, Fraa C. M., Haag, Javastraat 3 *(Kassier)*.
Waals, Dr. med. H. G. van der, Amsterdam Z., Bernard Zweerskade 24.
Waterman, Dr. med. A., Haag, Van der Aastraat 70.

Außerordentliche Mitglieder:

Levy-Suhl, Dr. med. M., Amersfoort, Mauritslaan 7.
Perls, Dr. med. F., c/o. Dr. Sachs, 79 Lisker Buildings, Johannesburg.
Weyl, Dr. med. S., Rotterdam, 's Gravendijkwal 98.

Société Psychanalytique de Paris

a) Ordentliche Mitglieder:

Allendy, Dr. René, 67 rue de l'Assomption, Paris XVI.
Bonaparte, Marie, Princesse Georges de Grèce, 6 rue Adolphe Yvon, Paris XVI *(Vize-Präsident)*.
Borel, Dr. Adrien, 11 quai aux fleurs, Paris IV.
Cénac, Dr. Michel, 3 rue Coëtlogon, Paris VI.
Codet, Dr. Henri, 10 rue de l'Odéon, Paris V.
Flournoy, Dr. Henry, 6 rue de Monnetier, Génève (Suisse).
Frois-Wittmann, Jean, 8 rue des Marronniers, Paris XVI *(Kassier)*.
Hesnard, Prof. Angélo, 4 rue Peirex, Toulon.
Laforgue, Dr. René, 1 rue Mignet, Paris XVI.

Leuba, Dr. John, 6 rue Pierre Ducreux, Paris XVI *(Sekretär)*.
Löwenstein, Dr. Rodolphe, 127 Avenue de Versailles, Paris XVI.
Morgenstern, Dr. Sophie, 4 rue de Cure, Paris XVI.
Nacht, Dr. Sacha, 21 Boulevard Flandrin, Paris XVI.
Odier, Dr. Charles, 79 Boulevard Montmorency, Paris XVI.
Odier-Ronjat, Mme Ilse, 79 Boulevard Montmorency, Paris XVI.
Parcheminey, Dr. Georges, 92 Avenue Niel, Paris XVII.
Pichon, Dr. Edouard, 48 Avenue la Bourdonnais, Paris VII *(Präsident)*.
Pierre, Dr. J. L., 39 Avenue Charles Floquet, Paris VII.
Pierre, Prince de Grèce, 6 rue Adolphe Yvon, Paris XVI.
Reverchon-Jouve, Dr. Blanche, 8 rue de Tournon, Paris VI.
Saussure, Dr. Raymond de, 2 Tertasse, Génève.
Schiff, Dr. Paul, 14 rue César Franck, Paris XV.

b) Außerordentliche Mitglieder:

Beltram, Prof. Dr., Echeveria 1601, Buenos Aires.
Bermann, Dr. Anne, 8 rue Falguière, Paris XV.
Chantrier, Théodore, 17 bis rue de Bretagne, Asnières (Seine).
Codet, Mme Odette, 10 rue de l'Odéon, Paris VI.
Doreau, Bernard, 31 rue de Bellechasse, Paris VII.
Germain, Paul, 10 rue Durantin, Paris XVIII.
Hélot, Dr., 8 Place Masséna, Nice, Alpes Maritimes.
Hoesli, Dr. Henri, 90 rue de Bac, Paris VII.
Lacan, Dr., 149 rue de la Pompe, Paris XVI.
Laforgue, Mme René, 1 rue Mignet, Paris XVI.
Male, Dr. Pierre, 11 rue de Navarre, Paris V.
Marette, Philippe, 2 rue du Colonel Bonnet, Paris XVI.
Martin-Sisteron, Dr. Maurice, 14 Boulevard Edouard Rey, Grenoble (Isère).
Novaro-Allende, Dr., Calle Moneda 1944, Santiago de Chili.
Répond, Dr. André, Maison de Santé, Monthey (Valais, Suisse).
Rieti, Dr. Ettore, Istituto Psichiatrico di Grugliasco, Torino.
Schlumberger, Marc, 24 Avenue de Lamballe, Paris XVI.

Russische Psychoanalytische Vereinigung

a) Ordentliche Mitglieder:

Awerbuch, Frau Dr. R. A., Moskau, Sadowo-Kudrinskaja 21.
Bruk, Dr. A. N., Moskau, M. Kakowinskij 5.
Chaletzki, Dr. A., Odessa, Psychiatrische Anstalt.
Goltz, Frau Dr. E. P., Moskau, Mansurowskij Per 7.
Friedmann, Dr. B. D., Moskau, Sadowo-Triumphalnaja 8, W. 7.
Geschelina, Frau Dr. L. S., Moskau, Kammerherrskij 4.
Kannabich, Prof. J. W., Moskau, B. Rjewskij Per. 8, W. 14 *(Präsident)*.
Kogan, Dr. M., Odessa, Psychiatrische Anstalt.
Liosner-Kannabich, Frau Dr., Moskau, B. Rjewskij Per. 8, W. 14.

Rohr, Frau Dr. Angela, Moskau, Marx-Engelsstr. 3.
Rohr, Wilhelm, Moskau, Marx-Engelsstr. 3.
Schaffir, J. M., Moskau, Ostoschenka 5, W. 38.
Schmidt, Prof. Otto, Moskau, Granowsky-Str. 3, W. 92.
Schmidt, Wera, Moskau, Granowsky-Str. 3, W. 92 *(Sekretär)*.
Spielrein, Frau Dr. Sabina, Rostow a. Don, Puschkinskaja 97.
Simson, Frau Dr. T. P., Moskau, Psychiatrische Klinik, 1. Universität.

b) Außerordentliche Mitglieder:

Goldowskaja, Frau Dr. T. I., Moskau, Arbat, 30, W. 59.
Goldowsky, Dr. E. D., Kiew, Militärhospital.
Lurje, Frau Dr. M. E., Moskau, Pokrowskoje-Streschnewo Sanatorium.
Salkind, Dr. A., Kiew, Nikolsko-Botanitscheskaja 3/9.
Wnukow, Dr. W. A., Moskau, Skatertnij Per. 22, W. 8.

Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse

a) Ehrenmitglieder:

Eitingon, Dr. med. Max, Jerusalem.
Jones, Dr. Ernest, London.

b) Ordentliche Mitglieder:

Bally, Dr. med. Gustav, Gladbachstraße 59, Zürich VII.
Behn-Eschenburg, Frau Gertrud, Küsnacht-Zürich.
Binswanger, Dr. med. Ludwig, Sanatorium Bellevue, Kreuzlingen (Thurgau).
Blum, Dr. med. Ernst, Nervenarzt, Englische Anlage 8, Bern *(Quästor)*.
Blum-Sapas, Dr. med. Elsa, Nervenarzt, Englische Anlage 8, Bern.
Christoffel, Dr. med. Hans, Nervenarzt, Albanvorstadt 21, Basel.
Flournoy, Priv.-Doz. Dr. med. Henri, Rue de Monnetier 6, Genf.
Fromm-Reichmann, Dr. med. Frieda, Chestnut Rodge Sanatorium, Rockville, Maryland, U. S. A.
Fürst, Dr. med. Emma, Nervenarzt, Rebwiesstraße 54, Rehalp-Zürich.
Grüninger, Dr. phil. Ulrich, Bezirkslehrer, Brittnau (Aargau).
Kielholz, Direktor, Dr. med. Arthur, Kant. Irrenanstalt Königsfelden (Aargau).
Meng, Dr. med. Heinrich, Basel, Angensteinerstraße 16.
Pfenninger, Hans, Pfarrer, Neftenbach, Zürich.
Pfister, Dr. phil. Oskar, Pfarrer, Schienhutgasse 6, Zürich *(Beisitzer)*.
Piaget, Prof. Dr. phil. Jean, Universität, Genf.
Repond, Direktor Dr. med. André, Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais.
Sarasin, Dr. med. Philipp, Nervenarzt, Gartenstraße 65, Basel *(Präsident)*.
Saussure, Priv.-Doz. Dr. med. Raymond de, 2 Tertasse, Genf.
Schjelderup, Dr. phil. Harald K., o. ö. Professor an der Universität Oslo, Psykologiske Institut.
Schjelderup, Prof. Dr. phil. Harald, Oslo, Kronprinsgate 19.

Schneider, Prof. Dr. phil. Ernst, Relenbergstraße 16, Stuttgart N.
Schultz, Dr. phil. Ch., Hadlaubstraße 109, Zürich.
Steiner, Dr. med. Hans, Zeltweg 4, Zürich.
Wehrli, Priv.-Doz. Dr. med. Gustav, Weinbergstraße 36, Zürich.
Zulliger, Hans, Lehrer, Ittigen bei Bern *(Schriftführer)*.

c) Außerordentliche Mitglieder:

Boss, Direktor Dr. med. M., Heil- und Pflegeanstalt, Schloß Knonau, Kt. Zürich.
Zulliger, Frau Martha, Ittigen bei Bern.

Sendai Psycho-Analytical Society

Honorary Member:

Miyake, Prof. Dr. Koichi, Psychiatric Clinic of Tokyo Imperial University, Tokyo.

Active Members:

Arai, Dr. Shohei, 11 Myojincho, Hachioji, Tokyo.
Doi, Dr. Masanori, 1 Momijimachi, Dairen.
Hayasaka, Dr. Choichiro, Psychiatric Clinic of Tohoku Imperial University, Sendai *(Secretary)*.
Kakeda, Dr. Katsumi, Physiological Laboratory of Tohoku Imperial University, Sendai.
Kimura, Dr. Renkichi, Psychiatric Clinic of Tohoku Imperial University, Sendai.
Komine, Dr. Mosaburo, Komine Hospital, Nishigahara Takinokawaku, Tokyo.
Komine, Dr. Shigeyuki, Komine Hospital, Nishigahara, Takinokawaku, Tokyo *(Treasurer)*.
Kosawa, Dr. Heisaku, Kosawa Psycho-Analytical Hospital, 3587 Higashitamagawamachi, Setagayaku, Tokyo.
Marui, Prof. Dr. Kiyoyasu, Psychiatric Clinic of Tohoku Imperial University, Sendai *(President)*.
Miura, Prof. Dr. Nobuyuki, Psychiatric Clinic of Iwade Medical College, Morioka.
Suzuki, Dr. Yuhei, Komine Hospital Nishigahara, Takinokawaku, Tokyo.
Yamamura, Dr. Michio, Psychiatric Clinic of Tohoku Imperial University, Sendai.

Tokyo Psycho-Analytical Society

a) Members:

Asaba, Dr. Takeichi, Kumagaya Hospital, Yuminomachi, Okayama City.
Mawatari, Dr. Kazue, 496 Kita-Senzoku, Magomemachi, Tokyo.
Sekiguchi, Dr. Saburo, Ikeda Hospital, 7 of 4-chome, Kobikicho, Kyobashiku, Tokyo.
Shibakawa, Dr. Matataro, 627 Kami-Meguro, Tokyo.
Tsushima, Dr. Kanji, 825 Motoshiba, Oimachi, Tokyo *(Secretary)*.
Yabe, Yae-Kichi (B. A.), 825 Motoshiba, Oimachi, Tokyo *(President)*.

b) Associate Members:

Saito, Mr. Nagatoshi, c/o. Yabe, 825 Motoshiba, Oimachi, Tokyo.
Tago, Dr. Tsutomu, Ryoundo Hospital, Ishigami-Sekimachi, Itabashiku, Tokyo.
Toda, Sueo (B. C.), c/o. Yabe, 825 Motoshiba, Oimachi, Tokyo.
Yabe, Nada-Mitsu (B. E. S.), 825, Motoshiba, Oimachi, Tokyo.

Wiener Psychoanalytische Vereinigung

a) Ordentliche Mitglieder:

Aichhorn, August, Wien V, Schönbrunnerstraße 110.
Andreas-Salomé, Lou, Göttingen, Herzberger Landstraße 101.
Angel, Dr. med. Anny, Wien I, Herrengasse, Hochhaus, 1. Stiege, 6. Stock, T. 34.
Bergler, Dr. med. Edmund, Wien I, Seilerstätte 7.
Bernfeld, Dr. phil. Siegfried, Boulevard de Garavan, Villa Perugina, Menton.
Bibring, Dr. med. Edward, Wien VII, Siebensterngasse 31 *(Kassier)*.
Bibring-Lehner, Dr. med. Grete, Wien VII, Siebensterngasse 31.
Bornstein, Berta, Wien I, Universitätsstraße 4.
Bornstein, Steff, Praha-Bubeneč, Ovenečka 73.
Burlingham, Dorothy, Wien IX, Berggasse 19.
Buxbaum, Dr. phil. Edith, Wien VII, Zieglergasse 57.
Bychovski, Dr. med. Gustav, Warschau, Wilcza 47.
Deri, Frances, Ancelle Apartments, 401 South Gramercy Drive, Los Angeles, California.
Deutsch, Doz. Dr. med. Felix, Wien I, Wollzeile 33.
Deutsch, Dr. med. Helene, Wien I, Wollzeile 33 *(Vorsitzende des Lehrausschusses)*.
Eidelberg, Dr. med. Ludwig, Wien XIX, Chimanigasse 11.
Federn, Dr. med. Paul, Wien VI, Köstlergasse 7 *(Obmannstellvertreter)*.
Freud, Anna, Wien IX, Berggasse 19 *(Obmannstellvertreter)*.
Freud, Prof. Dr. med. Sigm., Wien IX, Berggasse 19 *(Obmann)*.
Friedjung, Doz. Dr. med. Josef, Wien I, Ebendorferstraße 6.
Gutmann, Dr. med. Salomea, Wien IV, Frankenberggasse 13.
Hartmann, Dr. med. Heinz, Wien I, Rathausstraße 15 *(Schriftführer)*.
Heilpern, geb. Fuchs, Else, Wien III, Rechte Bahngasse 12.
Hitschmann, Dr. med. Eduard, Wien IX, Währingerstraße 24 *(Leiter des Ambulatoriums)*.
Hoffer, Dr. med. et phil. Wilhelm, Wien I, Dorotheergasse 7.
Hoffer-Schaxel, Hedwig, Wien I, Dorotheergasse 7.
Hoffmann, Dr. med. Ernst Paul, Wien VI, Mariahilferstraße 23—25.
Isakower, Dr. med. Otto, Wien VIII, Piaristengasse 38.
Jekels, Dr. med. Ludwig, Stockholm, Nybrogatan 12.
Jokl, Dr. med. Robert Hans, Wien III, Sechskrügelgasse 2.
Kris, Dr. phil. Ernst, Wien IX, Schwarzspanierstraße 11.
Lampl, Dr. med. Hans, Wien XVIII, Sternwartestraße 76.

Lampl-de Groot, Dr. med. Jeanne, Wien XVIII, Sternwartestraße 76.
Levi-Bianchini, Prof. Dr. med. M., Nocera Inferiore, Salerno Campania (Italien).
Mack Brunswick, Dr. med. Ruth, Wien XVIII, Hasenauerstraße 19.
Nepallek, Dr. med. Richard, Wien VIII, Alserstraße 41.
Newton, Caroline, Berwin P. O. Daylesford, Pa., U. S. A.
Nunberg, Dr. med. Hermann, 875 Park Avenue, New York City.
Perotti, Dr. med. Nicola, Corso Trieste 62, Roma.
Rank, Beate, 9 rue Louis Boilly, Paris XVI.
Reich, Dr. med. Annie, Praha XII, Vinohrady, u. Vodarny 6.
Servadio, Dr. med. Emilio, Via Tagliamento 76, Roma.
Sperling, Dr. med. Otto, Wien IV, Wiedner Gürtel 40.
Steiner, Dr. med. Maxim., Wien I, Rotenturmstraße 19.
Stengel, Dr. med. Erwin, Wien I, Bognergasse 7.
Sterba, Dr. med. Richard, Wien VI, Mariahilferstraße 71 *(Bibliothekar)*.
Sterba, Dr. phil. Editha, Wien VI, Mariahilferstraße 71.
Storfer, A. J., Wien VIII, Alserstraße 45.
Wälder, Dr. phil. Robert, Wien II, Obere Donaustraße 35 *(Schriftführer)*.
Wälder, Dr. med. Jenny, Wien II, Obere Donaustraße 35.
Weiss, Dr. med. Edoardo, Roma, Via Vincenzo Bellini 10.
Weiß, Dr. med. Karl, Wien IV, Schwindgasse 12.
Winterstein, Dr. phil. Alfred Frhr. v., Wien XIII, Wattmanngasse 38.
Wittels, Dr. med. Fritz, 91 Central Park West, New York, City.

b) Außerordentliche Mitglieder:

Betlheim, Dr. med. Stefan, Zagreb, Marnličev trg 17/II
Freud, Dr. jur. Martin, Wien I, Franz-Josefs-Kai 65.
Herz, Dr. med. Margit, Wien VIII, Piaristengasse 2.
Kris, Dr. med. Marianne, Wien IX, Schwarzspanierstraße 11.
Kronengold, Dr. med. Eduard, Wien IV, Gußhausstraße 5.
Levy, Estelle, 513 South Mariposa Avenue, Los Angeles, U. S. A.
Schönberger, Dr. med. Margarete, Wien VIII, Pfeilgasse 30.
Schur, Dr. med. Max, Wien VIII, Mölkergasse 5.
Sugar, Dr. med. Nikolaus, Subotica, Trumbiceva 20 (Jugoslawien).
Walk, Dr. med. Rosa, Wien IV, Wohllebengasse 8.

THE PSYCHOANALYTIC QUARTERLY

Fifth year of publication

THE QUARTERLY
is devoted to original contributions in the field of theoretical, clinical and applied psychoanalysis, and is published four times a year.

The Editorial Board of the QUARTERLY consists of the Editors: Drs. Dorian Feigenbaum, Bertram D. Lewin and Gregory Zilboorg. Associate Editors: Drs. Henry Alden Bunker, Jr., Raymond Gosselin and Lawrence S. Kubie.

CONTENTS FOR OCTOBER 1935:

Karl Abraham: Amenhotep IV (Ikhnaton): A Psychoanalytic Contribution to the Understanding of His Personality and the Monotheistic Cult of Aton. — Karl Abraham; The History of an Impostor in the Light of Psychoanalytical Knowledge. — Franz Alexander: The Problem of Psychoanalytic Technique. — David M. Levy: A Note on the Pecking of Chickens. — Karl A. Menninger: Unconscious Values in Certain Consistent Mispronunciations. — Sigm. Freud: Inhibitions, Symptoms and Anxiety. — Editors' Note. — Hanns Sachs: Karl Abrahams Contribution to Applied Psychoanalysis. — In memoriam Joseph Jefferson Asch. — In memoriam Mortimer Williams Raynor. — Book Reviews. — Current Psychoanalytic Literature. — Notes.

Editorial communications should be sent to the Editor-in-Chief: Dr. Dorian Feigenbaum, 60 Gramercy Park, New York, N. Y.

Foreign subscription price is $ 5.50. A limited number of back copies are available; volumes in original binding $ 6.50.

Business correspondence should be sent to:

THE PSYCHOANALYTIC QUARTERLY PRESS

372–374 BROADWAY, ALBANY, NEW YORK

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHO-ANALYSIS

Directed by

SIGM. FREUD

Edited by

ERNEST JONES

This Journal is issued quarterly. Besides Original Papers, Abstracts and Reviews, it contains the Bulletin of the International Psycho-Analytical Association, of which it is the Official Organ.

Editorial communications should be sent to Dr. Ernest Jones, 81 Harley Street, London, W. 1.

The Annual Subscription is 30s per volume of four parts.

The Journal is obtainable by subscription only, the parts not being sold separately.

Business correspondence should be addressed to the publishers, Ballière, Tindall & Cox, 8 Henrietta Street, Covent Garden, London, W. C. 2., who can also supply back volumes.

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Band XXII, Heft 1

(Ausgegeben im Februar 1936)

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
H. Nunberg:	Homosexualität, Magie und Aggression	5
S. M. Payne:	Zur Auffassung der Weiblichkeit	19
Richard Sterba:	Das psychische Trauma und die Handhabung der Übertragung. (Die letzten Arbeiten von S. Ferenczi zur psychoanalytischen Technik)	40
Alice Bálint:	Handhabung der Übertragung auf Grund der Ferenczischen Versuche	47
Therese Benedek:	Die überwertige Idee und ihre Beziehung zur Suchtkrankheit	59
Endre Almásy:	Zur Psychoanalyse amentia-ähnlicher Fälle	72

REFERATE

Aus der Literatur der Grenzgebiete

Weizsäcker: Studien zur Pathogenese *(F. Deutsch)* 97

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

Curtius: Die organischen und funktionellen Erbkrankheiten des Nervensystems *(Grotjahn)* 99. — Groves: The Development of Social Psychiatry *(Marseille)* 99. — Krapf: Die Seelenstörungen der Blutdruckkranken *(Grotjahn)* 100. — Neutra: Rationalpsychagogik *(Hitschmann)* 100. — Schultz: Übungsheft für das Autogene Training *(Grotjahn)* 101

Aus der psychoanalytischen Literatur

Allen: Introjection in Schizophrenia *(Marseille)* 101. — Dorsey: The Psychology of the Person Who Stutters *(Marseille)* 101. — Hill: A Psychoanalytic Observation on Essential Hypertension *(Marseille)* 102. — Robbins: A Note on the Significance of Infantile Nutritional Disturbances in the Development of Alcoholism *(Marseille)* 102. — Sharpe: Similar and Divergent Unconscious Determinants Underlying the Sublimations of Pure Art and Pure Science *(Fenichel)* 102

KORRESPONDENZBLATT DER INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

I) Preisausschreiben des Psychoanalytischen Lehrinstitutes in London 104. — II) Mitteilungen der Internationalen Unterrichtskommission 105. — III) Berichte der Zweigvereinigungen 116. — IV) Mitgliederverzeichnis der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung 121

Preis des Heftes Mark 7.50. Jahresabonnement Mark [illegible]

Jährlich 4 Hefte im Gesamtumfang von etwa 600 Seiten

Einbanddecken zu dem abgeschlossenen XXI. Band (1935), sowie zu allen früheren Jahrgängen: in Leinen Mark 2.50, in Halbleder Mark 5.—

Eigentümer und Verleger: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Ges. m. b. H., Wien I, Börsegasse 11. — Herausgeber: Prof. Dr. Sigm. Freud, Wien. — Verantwortlich für die Redaktion: Dr. Edward Bibring, Wien VII, Siebensterng. 31. — Druck: Manzsche Buchdruckerei, Wien IX.
Printed in Austria

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Band XXII, Heft 1

(Ausgegeben im Februar 1936)

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
H. Nunberg:	Homosexualität, Magie und Aggression	5
S. M. Payne:	Zur Auffassung der Weiblichkeit	19
Richard Sterba:	Das psychische Trauma und die Handhabung der Übertragung. (Die letzten Arbeiten von S. Ferenczi zur psychoanalytischen Technik)	40
Alice Bálint:	Handhabung der Übertragung auf Grund der Ferenczischen Versuche	47
Therese Benedek:	Die überwertige Idee und ihre Beziehung zur Suchtkrankheit	59
Endre Almásy:	Zur Psychoanalyse amentia-ähnlicher Fälle	72

REFERATE

Aus der Literatur der Grenzgebiete

Weizsäcker: Studien zur Pathogenese *(F. Deutsch)* 97

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

Curtius: Die organischen und funktionellen Erbkrankheiten des Nervensystems *(Grotjahn)* 99. — Groves: The Development of Social Psychiatry *(Marseille)* 99. — Krapf: Die Seelenstörungen der Blutdruckkranken *(Grotjahn)* 100. — Neutra: Rationalpsychagogik *(Hitschmann)* 100. — Schultz: Übungsheft für das Autogene Training *(Grotjahn)* 101

Aus der psychoanalytischen Literatur

Allen: Introjection in Schizophrenia *(Marseille)* 101. — Dorsey: The Psychology of the Person Who Stutters *(Marseille)* 101. — Hill: A Psychoanalytic Observation on Essential Hypertension *(Marseille)* 102. — Robbins: A Note on the Significance of Infantile Nutritional Disturbances in the Development of Alcoholism *(Marseille)* 102. — Sharpe: Similar and Divergent Unconscious Determinants Underlying the Sublimations of Pure Art and Pure Science *(Fenichel)* 102

KORRESPONDENZBLATT DER INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

I) Preisausschreiben des Psychoanalytischen Lehrinstitutes in London 104. — II) Mitteilungen der Internationalen Unterrichtskommission 105. — III) Berichte der Zweigvereinigungen 116. — IV) Mitgliederverzeichnis der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung 121

Preis des Heftes Mark 7.50. Jahresabonnement Mark [illegible]

Jährlich 4 Hefte im Gesamtumfang von etwa 600 Seiten

Einbanddecken zu dem abgeschlossenen XXI. Band (1935), sowie zu den früheren Jahrgängen: in Leinen Mark 2.50, in Halbleder Mark 5.—

Eigentümer und Verleger: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Ges. m. b. H., Wien I, Börsegasse 11. — Herausgeber: Prof. Dr. Sigm. Freud, Wien. — Verantwortlich für die Redaktion: Dr. Edward Bibring, Wien VII, Siebensterng. 31. — Druck: Manzsche Buchdruckerei, Wien IX.
Printed in Austria

INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOANALYSE, Bd. XXII (1936), HEFT 1

XXII. Band 1936 Heft 1

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung

Herausgegeben von

Sigm. Freud

Unter Mitwirkung von

Felix Boehm, Berlin — G. Bose, Kalkutta — A. A. Brill, New York — Lucile Dooley, Washington — M. Eitingon, Jerusalem
J. E. G. van Emden, Haag — S. Hollós, Budapest — Ernest Jones, London — J. W. Kannabich, Moskau — Kiyoyasu Marui, Sendai
Karl Menninger, Topeka — S. J. R. de Monchy, Rotterdam — M. W. Peck, Boston — Edouard Pichon, Paris — Philipp Sarasin, Basel
Harald Schjelderup, Oslo — Alfhild Tamm, Stockholm — Y. K. Yabe, Tokio

redigiert von

Edward Bibring, Wien — Heinz Hartmann, Wien — Sandor Rado, New York

H. Nunberg	Homosexualität, Magie und Aggression
S. M. Payne	Zur Auffassung der Weiblichkeit
Richard Sterba	Das psychische Trauma und die Handhabung der Übertragung. ⟨Die letzten Arbeiten von S. Ferenczi zur psychoanalytischen Technik⟩
Alice Bálint	Handhabung der Übertragung auf Grund der Ferenczischen Versuche
Therese Benedek...	Die überwertige Idee und ihre Beziehung zur Suchtkrankheit
Endre Almásy	Zur Psychoanalyse amentia-ähnlicher Fälle

Referate